

Niveles de Ansiedad en el personal sanitario que laboran en clínicas u hospitales públicas y privadas de Barranquilla y Soledad en tiempos de covid-19.



Claudia Patricia Mengual Consuegra

Windy Patricia Acosta Aguilar

UNIVERSIDAD  
DE LA COSTA  
1970

Tesis para optar el título de Psicóloga

Tutora: Paola Martínez Sande

Cotutora: Kattia Cantillo Pacheco

Barranquilla

Noviembre 2020

Programa de Psicología

Línea investigativa

Relaciones interpersonales y familiares contemporáneas

Universidad de la Costa (C.U.C)

Barranquilla

2020

Nota de aceptación

---

## 1 Agradecimientos

---

Dedico este trabajo de grado primordialmente a Dios por ser mi guía, mi fuerza y mi convicción, al arcángel San Rafael por estar siempre presente, en especial a mis padres por darme la oportunidad de estudiar una carrera profesional. y mis hermanos Rafael y Carmen que con su dedicación y apoyo incondicional me ofrecieron a pesar de las dificultades que se presentaron en el camino. Y en especial a nuestras tutoras Paola Martínez y Kattia Cantillo por su paciencia y perseverancia en el proceso.

Claudia Patricia Mengual Consuegra

El presente trabajo de grado está dedicado principalmente a Dios por la vida, salud y el trabajo ya que sin él no hubiera podido culminar mi carrera profesional.

A mi amado esposo José y sus palabras de aliento, comprensión por largas jornadas de trabajo que tenía; siempre estabas ahí y mi hijo Joseph. De igual manera mi madre que desde la distancia ha sido también mi fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día más y así poder luchar para que la vida nos depare un futuro mejor.

Windy Patricia Acosta Aguilar.

## 2 Tabla de contenido

1	Agradecimientos .....	3
2	Tabla de contenido .....	4
3	Resumen.....	13
4	Introducción .....	15
5	Planteamiento problema .....	17
5.1	Formulación de la pregunta problema.....	23
6	Justificación .....	23
7	Objetivos .....	27
7.1	Objetivo general.....	27
7.2	Objetivos específicos .....	27
8	Marco referencial .....	28
8.1	Antecedentes .....	28
9	Pandemias a lo largo del a historia: .....	32
9.1	La peste negra .....	32
9.2	La gripe española.....	33
9.3	H1N1 .....	34

9.4	Ébola .....	35
9.5	Coronavirus .....	36
10	Definición de Ansiedad .....	37
10.1	Origen de la palabra Ansiedad .....	39
10.2	Teoría conductista .....	39
10.3	Teoría del aprendizaje social .....	39
10.4	Teoría Cognitivistas .....	39
11	Síntomas psíquicos de la Ansiedad .....	40
12	Síntomas somáticos de la Ansiedad .....	41
13	Etiología de la Ansiedad .....	42
13.1	Bases biológicas .....	43
14	Ansiedad leve .....	46
15	Ansiedad moderada .....	46
16	Ansiedad grave .....	46
17	Ansiedad, Personal Sanitario Y Covid 19 .....	46
18	Metodología .....	48
18.1	Tipo de investigación .....	48
18.2	Paradigma- epistemológico .....	49
18.3	Criterios de selección .....	49

18.4	Herramientas: instrumentos.....	49
18.5	participantes .....	51
18.6	Procedimiento de recolección de información.....	51
19	Resultados .....	52
19.1	DISTRIBUCIÓN DEMOGRÁFICA DE LA MUESTRA SEGÚN EL GÉNERO.....	52
19.1.1	Distribución demográfica del género de la muestra según el nivel de Ansiedad Severa.....	53
19.1.2	Distribución demográfica del género de la muestra según el nivel de Ansiedad Moderada.....	54
19.1.3	Distribución demográfica del género de la muestra según el nivel de Ansiedad Leve.....	54
19.1.4	Distribución demográfica del género de la muestra según el nivel Sin Ansiedad.      55	
19.2	DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN EL ÁREA DE TRABAJO. ....	56
19.2.1	Distribución de la muestra según el área de trabajo con nivel de Ansiedad Severa.      57	
19.2.2	Distribución de la muestra según el área de trabajo con nivel de Ansiedad Moderada      57	
19.2.3	Distribución de la muestra según el área de trabajo con nivel de Ansiedad Leve      58	

19.2.4 Distribución de la muestra según el área de trabajo sin nivel de Ansiedad. .59	
19.3 DISTRIBUCION DE LA MUESTRA SEGÚN LA EDAD.....59	
19.3.1 Distribución de la muestra según la edad con nivel de Ansiedad Severa .....62	
19.3.2 Distribución de la muestra según la edad con nivel de Ansiedad Moderada 63	
19.3.3 Distribución de la muestra según la edad con nivel de Ansiedad Leve .....63	
19.3.4 Distribución de la muestra según la edad sin nivel de Ansiedad.....65	
19.4 DISTRIBUCION DE LA MUESTRA SEGÚN EL SECTOR .....66	
19.4.1 Distribución de la muestra según el sector con nivel de Ansiedad Severa ....67	
19.4.2 Distribución de la muestra según el sector con nivel de Ansiedad Moderada 68	
19.4.3 Distribución de la muestra según el sector con nivel de Ansiedad Leve .....69	
19.4.4 Distribución de la muestra según el sector sin nivel de Ansiedad.....69	
19.5 DISTRIBUCION DE LA MUESTRA SEGÚN EL LUGAR DONDE LABORA.....70	
19.5.1 Distribución de la muestra según el lugar donde labora con nivel de Ansiedad Severa.....72	
19.5.2 Distribución de la muestra según el lugar donde labora con nivel de Ansiedad Moderada.....73	
19.5.3 Distribución de la muestra según el lugar donde labora con nivel de Ansiedad Leve74	

19.5.4	Distribución de la muestra según el lugar donde labora sin nivel de Ansiedad	75
19.6	DISTRIBUCION DE LA MUESTRA SEGÚN LA OCUPACIÓN .....	76
19.6.1	Distribución de la muestra según la ocupación con nivel de Ansiedad Severa	78
19.6.2	Distribución de la muestra según la ocupación con nivel de Ansiedad Moderada	79
19.6.3	Distribución de la muestra según la ocupación con nivel de Ansiedad Leve	80
19.6.4	Distribución de la muestra según la ocupación sin nivel de Ansiedad .....	82
19.7	DISTRIBUCION DE LA MUESTRA SEGÚN EL NIVEL DE ANSIEDAD DE LA ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON .....	83
20	Análisis y discusión de los resultados .....	84
21	Conclusiones .....	88
22	Recomendaciones .....	89
23	Anexos .....	91
23.1	datos sociodemográficos .....	91
23.2	escala de ansiedad de Hamilton .....	91
24	Referencias .....	97



## Lista de tablas y figuras

### Tablas

Tabla 1. Distribución de la muestra según el género.....	53
Tabla 2. Distribución de la muestra según el área de trabajo. ....	56
Tabla 3. Distribución demográfica de las edades de la muestra según los niveles de ansiedad. .....	61
Tabla 4. Representación del sector de la muestra. ....	66
Tabla 5. Distribución del lugar donde labora de la muestra. ....	71
Tabla 6. Distribución de la ocupación de la muestra.....	78
Tabla 7. Distribución de los niveles de ansiedad de la muestra.....	84

### Figuras

Figura 1. La peste negra – Fuente <a href="https://www.rionegro.com.ar/las-tres-pandemias-1287591/">https://www.rionegro.com.ar/las-tres-pandemias-1287591/</a> .....	32
Figura 2. El Auditorio Municipal de Oakland, en Estados Unidos, empleado como hospital de emergencia durante la pandemia de gripe de 1918 – Fuente <a href="https://www.elperiodico.com/es/ciencia/20180303/centenario-gripe-espanola-1918-mato-50-millones-personas-6663844">https://www.elperiodico.com/es/ciencia/20180303/centenario-gripe-espanola-1918-mato-50- millones-personas-6663844</a> .....	33
Figura 3. La pandemia de H1N1 afectó a más de 200 países entre 2009 y 2010 – Fuente <a href="https://www.bbc.com/mundo/noticias-52115504">https://www.bbc.com/mundo/noticias-52115504</a> .....	34

Figura 4. Un equipo médico entra en la zona de riesgo alto en nuestro centro de tratamiento de pacientes de Ébola en Mangina, en República Democrática del Congo – Fuente

<https://www.msf.es/actualidad/republica-democratica-del-congo/ebola-nuevos-medicamentos-y-ma.....>35

Figura 5. Médicos, enfermeras, terapeutas y otros profesionales de la salud aseguran que el coronavirus ha motivado en la población que se les cierren las puertas - Fuente

<https://www.eltiempo.com/salud/en-plena-pandemia-medicos-denuncian-rechazo-y-maltrato-480.....>36

Figura 6. Representación gráfica de la distribución de la muestra según el género.....52

Figura 7. Representación gráfica de la distribución demográfica del género de la muestra según el nivel de Ansiedad Severa.....53

Figura 8. Representación gráfica de la distribución demográfica del género de la muestra según el nivel de Ansiedad Moderada.....54

Figura 9. Representación gráfica de la distribución demográfica del género de la muestra según el nivel de Ansiedad leve.....55

Figura 10. Representación gráfica de la distribución demográfica del género de la muestra sin ansiedad.....55

Figura 11. Representación gráfica de la distribución de la muestra según el área de trabajo. .56

Figura 12. Representación gráfica de la distribución de la Muestra según el área de trabajo con nivel de ansiedad severa.....57

Figura 13. Representación gráfica de la distribución de la muestra según el área de trabajo con nivel de Ansiedad Moderada. ....58

Figura 14. Representación gráfica de la distribución de la muestra según el área de trabajo con nivel de ansiedad leve. ....	58
Figura 15. Representación gráfica de la distribución de la muestra según el área de trabajo sin ansiedad. ....	59
Figura 16 Distribución demográfica de las edades de la muestra .....	60
Figura 17. Representación gráfica de la edad de la muestra según el nivel de Ansiedad Severa. ....	62
Figura 18. Representación gráfica de las edades de la muestra con Ansiedad Moderada. ....	63
Figura 19. Representación gráfica de las edades de la muestra con nivel de Ansiedad Leve. ....	64
Figura 20. Representación gráfica de la muestra sin nivel de Ansiedad. ....	65
Figura 21. Representación gráfica del sector según la muestra. ....	66
Figura 22. Representación gráfica del sector según el nivel de Ansiedad Severa. ....	67
Figura 23. Representación gráfica del sector según el nivel de Ansiedad Moderada. ....	68
Figura 24. Representación gráfica del sector según el nivel de Ansiedad leve. ....	69
Figura 25. Representación gráfica del sector según sin nivel de ansiedad. ....	70
Figura 26 Distribución demográfica de la muestra según el lugar donde labora .....	71
Figura 27. Representación gráfica del lugar donde labora el personal sanitario con nivel de Ansiedad Severa.....	73
Figura 28. Representación gráfica del lugar donde labora el personal sanitario con nivel de Ansiedad Moderada. ....	74
Figura 29. Representación gráfica del lugar donde labora el personal sanitario con el nivel de Ansiedad Leve. ....	75
Figura 30. Representación gráfica del lugar donde labora el personal sanitario sin Ansiedad. ....	76

Figura 31 Distribución de la muestra según su ocupación .....	77
Figura 32. Representación gráfica de la Ocupación del personal sanitario con el nivel de Ansiedad.....	79
Figura 33. Representación gráfica de la ocupación del personal sanitario con nivel de ansiedad moderada. ....	80
Figura 34. Representación gráfica de la ocupación del personal sanitario con nivel de ansiedad leve. ....	81
Figura 35. Representación gráfica de la Ocupación del personal sanitario sin ansiedad. ....	82
Figura 36. Representación gráfica de los niveles de ansiedad según la escala de Ansiedad de Hamilton. ....	83

### 3 Resumen

---

La presente investigación titulada Niveles de Ansiedad en el personal sanitario de Barranquilla y Soledad en tiempos de covid-19, realizada por Claudia Mengual Consuegra y Windy Acosta Aguilar. Con la dirección teórica y metodológica de las profesoras Paola Martinez Sande y Kattia Cantillo Pacheco de la Universidad de la Costa en el año 2020. Tuvo como objetivo describir los niveles de ansiedad en el personal sanitario de Barranquilla y Soledad en tiempos de covid-19. Para esto se realizó un estudio cuantitativo con un alcance descriptivo, de corte transversal y con paradigma hipotético- deductivo. Esta investigación fue realizada con una muestra de 340 personas que hacen parte del personal sanitario comprendido por médicos, auxiliar de mantenimiento, enfermeras, auxiliar de enfermería, fisioterapeutas, personal de servicios generales, paramédicos, bacteriólogas, trabajadora social, odontología, auxiliar de servicios farmacéuticos, personal administrativo, auxiliar clínico, auditores, psicólogos, instrumentador quirúrgico, nutrición y dietética e ingenieros.

El instrumento de medición utilizado fue la escala de Ansiedad de Hamilton el cual permite evaluar los niveles de ansiedad: Severa, moderada, leve y sin ansiedad. Los resultados obtenidos indican que el nivel de ansiedad más frecuente de esta muestra fue el nivel de Ansiedad leve, representado en un 82% con frecuencia de 279 personas, seguido de la Ansiedad Moderada con un 9% con una frecuencia de 29 personas, Sin Ansiedad con 6% con una frecuencia de 21 personas y finalmente el nivel de Ansiedad Severa con un 3% con una frecuencia de 11 personas.

**Palabras clave:** *Ansiedad, Personal sanitario, covid-19*

### Abstract

The present investigation entitled Anxiety Levels in the health personnel of Barranquilla and Soledad in times of covid-19, carried out by Claudia Mengual Consuegra and Windy Acosta Aguilar. With the theoretical and methodological direction of the professors Paola Martinez Sande and Kattia Cantillo Pacheco of the Universidad de la Costa in 2020. Its objective was describe the anxiety levels in the health personnel of Barranquilla and Soledad in times of covid-19. For this, a quantitative study was carried out with a descriptive, cross-sectional scope and a hypothetical-deductive paradigm. This research was carried out with a sample of 340 people who are part of the health personnel comprised of doctors, maintenance assistant, nurses, nursing assistant, physiotherapists, general service personnel, paramedics, bacteriologists, social worker, dentistry, assistant of pharmaceutical services , administrative staff, clinical assistant, auditors, psychologists, surgical instrumenter, nutrition and dietetics and engineers.

The measuring instrument used was the Hamilton Anxiety Scale, which allows evaluating anxiety levels: Severe, moderate, level and without anxiety. The results obtained indicate that the most frequent level of anxiety in this sample was the level of mild Anxiety, represented by 82% with a frequency of 279 people, followed by Moderate Anxiety with 9% with a frequency of 29 people, Without Anxiety with 6% with a frequency of 21 people and finally the level of Severe Anxiety with 3% with a frequency of 11 people.

**Keywords:** Anxiety, Health personnel, covid-19

#### 4 Introducción

---

La ansiedad es definida como una respuesta del organismo que se desencadena ante una situación de amenaza o peligro físico o psíquico, cuyo propósito es dotar al individuo de energía para hacerle frente al peligro mediante una respuesta (huida o agresión). En ese sentido, cierto nivel de ansiedad es necesario en el organismo para realizar tareas o resolver problemas de forma eficaz. Sin embargo, la ansiedad excesiva o clínica actúa interfiriendo el rendimiento en todos los ámbitos del ser humano (Piqueras, y otros, 2008).

En tiempos de emergencias sanitarias, especialmente en las pandemias, el personal que labora en las diferentes áreas de las clínicas, hospitales o centros de salud tiene un alto riesgo biológico al enfrentarse día a día a los diferentes agentes infecciosos que llegan con los pacientes que acuden a los centros asistenciales en busca de tratamiento médico. Lo anteriormente mencionado acompañado por la constante presión que ejercen los familiares de los pacientes, en especial cuando se tratan de amenazas que atentan en contra de la integridad física, la escasez de equipo de protección personal adecuado para atender a los pacientes, las extensas horas laborales, entre otras, son muchos de los factores que pueden llevar al personal sanitario a aumentar sus niveles de ansiedad.

Tal como lo señala el ministerio de salud y protección social: “los trabajadores de la salud cuando se ven enfrentados a situaciones de alta demanda de trabajo y de condiciones inseguras, especialmente en situaciones de emergencia sanitaria como la que el país enfrenta en este momento, pueden llegar a presentar ansiedad o manifestaciones emocionales alteradas, ya que, en el ambiente hospitalario, además de trabajar con sus propias emociones y conflictos, los trabajadores deben abordar también las necesidades emocionales de sus

pacientes y familiares” (MINSALUD, Lineamientos para para abordar problemas y trastornos mentales en trabajadores de la salud en el marco del afrontamiento del coronavirus (COVID19), 2020).

Teniendo claridad de este panorama, esta investigación tiene como objetivo identificar cuáles son los niveles de ansiedad del personal sanitario, entendiéndose por este a los médicos, auxiliares de mantenimiento, enfermeras, auxiliares de enfermería, fisioterapeutas, personal de servicios generales, paramédicos, bacteriólogas, trabajadora social, odontología, auxiliares de servicios farmacéuticos , personal administrativo, auxiliar clínico, auditores, psicólogos, instrumentador quirúrgico, nutrición y dietética e ingenieros, que laboran en clínicas u hospitales públicos o privados de Soledad y Barranquilla, en tiempos de Covid 19. Para esto se tomará una muestra de 340 personas y se les evaluará a través de la aplicación de la escala de ansiedad de Hamilton. Esta escala permite identificar cuáles son los niveles de ansiedad: Severo, moderado, leve y sin ansiedad.



## 5 Planteamiento problema

---

En la actualidad se presenta una problemática a nivel mundial con la propagación del Covid-19, una enfermedad infectocontagiosa producida por el coronavirus. Que recientemente ha sido declarada por la Organización mundial de la salud (OMS) “una emergencia de salud pública de interés internacional (PHEIC)”. (OPS, 2020) Los coronavirus (CoV) son virus que surgen periódicamente en diferentes áreas del mundo y que causan Infección Respiratoria Aguda (IRA), es decir gripa, que pueden llegar a ser leve, moderada o grave (MINSALUD, CORONAVIRUS (COVID-19), 2020). Esta produce una afección respiratoria acompañada por síntomas como fiebre, tos, mialgia, dolor de cabeza, hemoptisis y dificultad para respirar (Huang C. W., 2020). Aunque según la organización mundial de la salud alrededor de 1 de cada 6 personas que contraen la COVID-19 desarrolla una enfermedad grave y tiene dificultad para respirar. Las personas mayores y las que padecen afecciones médicas subyacentes, como hipertensión arterial, problemas cardíacos o diabetes, tienen más probabilidades de desarrollar una enfermedad grave o incluso la muerte (OMS, Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19)., 2020).

El temor en la sociedad mundial radica que esta enfermedad es altamente contagiosa, ha demostrado que puede llegar a ser potencialmente mortal. Esta se puede propagar de persona a persona a través de las gotas procedentes de la nariz o la boca que salen despedidas cuando una persona infectada tose o exhala (OMS, CORONAVIRUS, 2020).

El nuevo Coronavirus (COVID-19) ha sido catalogado por la Organización Mundial de la Salud como una emergencia en salud pública de importancia internacional (ESPII). Se han identificado casos en todos los continentes, registrándose en Colombia, el 6 de marzo del

presente año el primer caso confirmado (MINSALUD, CORONAVIRUS (COVID-19), 2020).

Alrededor del mundo a la fecha de septiembre se ha evidenciado aproximadamente 28.802.775, más de 920.931 muertos y 19.501.578 casos de personas recuperadas, según datos arrojados por el ministerio de salud, en Colombia a la fecha hay 716.319 casos confirmados de personas contagiadas con Covid 19, de los cuales hay 92.498 casos activos, dejando como saldo 22.924 muertes y 599.385 recuperado (MINSALUD, CORONAVIRUS (COVID-19), 2020).

Esta problemática ha generado en la población en general un impacto psicológico, que atenta contra la salud mental, especialmente por las diversas sintomatologías ansiosas que ha generado, ya que sea por el temor a ser contagiado, las consecuencias que esto puede producir no solo a nivel personal, sino también a nivel social, los cambios bruscos de estilos de vida, donde el individuo pasa de una rutina social activa a un confinamiento en el hogar, que paulatinamente se ha extendido.

La ansiedad afecta significativamente la vida del individuo que lo padece, especialmente cuando se tiene incertidumbre acerca del curso mismo de la enfermedad y del riesgo potencial a enfrentar la muerte, generando en las personas un impacto psicológico, que atenta contra la salud mental.

La ansiedad clínica se manifiesta de forma característica, tal como lo evalúa la prueba de Ansiedad de Hamilton, entre los cuales están los signos y síntomas psíquicos y somáticos como: preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad, sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto

fácil, temblores, sensación de inquietud, temor a la multitud, dificultad para dormir, concentrarse, estado de ánimo depresivo, dolores y molestias musculares, sensación de debilidad, taquicardia, sensación de ahogo, síntomas gastrointestinales , genitourinario y autónomos (Hamilton, The assessment of anxiety states by rating., 1965).

A esta problemática se le suma la inadecuada información publicada en algunos medios de comunicación, donde alteran la realidad del virus, la manera como se maneja y como se propaga la misma, creando al mismo tiempo pánico entre las demás personas.

La ansiedad afecta significativamente la vida del individuo que lo padece, especialmente cuando se tiene incertidumbre acerca del curso mismo de la enfermedad y del riesgo potencial a enfrentar la muerte. Tal es el caso del cáncer, enfermedad que, si bien no es contagiosa, ha cobrado la vida de muchas personas en el mundo.

El cáncer es la principal causa de muerte en todo el mundo. En 2015 se atribuyeron a esta enfermedad 8,8 millones de defunciones (OMS, Cáncer., 2018). Los cinco tipos de cáncer que causan un mayor número de fallecimientos son los siguientes:

Pulmonar (1,69 millones de defunciones), Hepático (788 000 defunciones), Color rectal (774 000 defunciones), Gástrico (754 000 defunciones) Mamario (571 000 defunciones) (OMS, Cáncer., 2018).

El personal sanitario tiene un alto riesgo biológico al enfrentarse día a día a los diferentes agentes infecciosos que llegan con los pacientes que acuden a los centros asistenciales en busca de tratamiento médico. Teniendo en cuenta como personal sanitario diferentes profesiones tales como médicos, enfermeros, bacteriólogas, auxiliar de enfermería,

paramédicos, fisioterapeutas, bacteriólogas, personal de limpieza y demás personas que laboran en hospitales o clínicas.

Dependiendo de lo contagioso o potencialmente peligroso que puede llegar a ser el virus o bacteria causante de la enfermedad, puede llegar a producir en el personal sanitario una desestabilidad psicológica. Trayendo consigo, los trastornos de ansiedad; más aún si el lugar donde trabaja no le brinda el equipo de protección personal adecuado para salvaguardar su vida y la de su familia. Y más aún cuando el mismo personal sanitario está falleciendo producto de este virus.

Por eso las entidades sanitarias a nivel mundial se encuentran preocupados por el caos que se ha ocasionado con la llegada del virus tales como discriminar a las personas procedentes de China, personas contagiadas con el virus y en especial del personal sanitario de los hospitales u clínicas.

Citando a Sandín y Charot (1995), citados por (Piqueras, y otros, 2008), la ansiedad es definida como una respuesta del organismo que se desencadena ante una situación de amenaza o peligro físico o psíquico, cuyo propósito es dotar al individuo de energía para hacerle frente al peligro mediante una respuesta (huida o agresión). En ese sentido, cierto nivel de ansiedad es necesario en el organismo para realizar tareas o resolver problemas de forma eficaz. Sin embargo, la ansiedad excesiva o clínica actúa interfiriendo el rendimiento en todos los ámbitos del ser humano (Piqueras, y otros, 2008).

Según la organización mundial de la salud, los trastornos por depresión y por ansiedad son problemas habituales de salud mental que afectan a la capacidad de trabajo y la productividad. Más de 300 millones de personas en el mundo sufren depresión, un trastorno que es la

principal causa de discapacidad, y más de 260 millones tienen trastornos de ansiedad (OMS, Día Mundial de la Salud Mental, 2017).

En Colombia, según el observatorio nacional de salud mental (ONSM), los adultos entre los 18 y 44 años, presenta síntomas sugestivos de algún trastorno mental, el 52,9% tiene uno o más síntomas de ansiedad, mientras que el 80,2% manifiesta de 1 a 3 síntomas depresivos. Por su parte entre las personas de 45 años y más tienen un 54,8% de presentar uno o más síntomas de ansiedad y un 71,9% presenta de uno a tres síntomas de depresión (MINSALUD, GUIA METODOLOGICA PARA EL OBSERVATORIO NACIONAL DE SALUD MENTAL, 2017).

En tiempos de emergencias sanitarias, especialmente en las pandemias, el personal que labora en las diferentes áreas de las clínicas, hospitales o centros de salud tiene un alto riesgo biológico al enfrentarse día a día a los diferentes agentes infecciosos que llegan con los pacientes que acuden a los centros asistenciales en busca de tratamiento médico. Dependiendo de lo contagioso o potencialmente peligroso que puede llegar a ser el virus o bacteria causante de la enfermedad, puede llegar a producir en el personal sanitario una desestabilidad psicológica. Trayendo consigo, los trastornos de ansiedad; más aún si el lugar donde trabaja no le brinda el equipo de protección personal adecuado para salvaguardar su vida y la de su familia.

En el sector de la salud, diversas investigaciones, revelan que los trabajadores asistenciales presentan una prevalencia entre un 33,9% y un 65% de estrés laboral, asociado con síntomas de carácter emocional y/o fisiológico, poniendo de manifiesto que las profesiones en el ámbito de la salud, son potencialmente estresantes, por las características de rol, la falta de

definición de tareas, la sobre carga laboral y condiciones laborales, además de una exposición permanente a enfermedades contagiosas (Sarsosa & Charria, 2018).

Así mismo el ministerio de salud y protección social señala que los trabajadores de la salud cuando se ven enfrentados a situaciones de alta demanda de trabajo y de condiciones inseguras, especialmente en situaciones de emergencia sanitaria como la que el País enfrenta en este momento, pueden llegar a presentar ansiedad o manifestaciones emocionales alteradas, ya que, en el ambiente hospitalario, además de trabajar con sus propias emociones y conflictos, los trabajadores deben abordar también las necesidades emocionales de sus pacientes y familiares (MINSALUD, Lineamientos para para abordar problemas y trastornos mentales en trabajadores de la salud en el marco del afrontamiento del coronavirus (COVID19), 2020).

Si a lo anteriormente mencionado le suman el rechazo o discriminación por parte de las personas del común hacia los diferentes trabajadores de clínicas u hospitales, llegando al punto de agredirlos físicamente, por el temor a ser contagiados por el agente que está causando la enfermedad.

Como se puede apreciar, todos estos factores atentan contra de la salud, no sólo física sino también mental del personal sanitario, llevándolos no sólo a padecer ansiedad, sino otro tipo de enfermedad mental como la depresión. (Lopez, 2020).

### 5.1 FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA PROBLEMA

De acuerdo con las consideraciones anteriores se plantea la siguiente pregunta problema centrada de este proyecto de investigación:

*Identificar los niveles de ansiedad del personal sanitario que laboran en clínicas u hospitales públicas y privadas de Soledad y Barranquilla en tiempos de COVID-19.*

## 6 Justificación

---

A lo largo del presente año se han realizado muchas investigaciones sobre la ansiedad en los profesionales de enfermería y medicina, muy pocos abarcan al personal sanitario en general, entendiéndose por toda aquella persona que labora dentro de un centro asistencial comprendido por médicos, enfermeras, auxiliares, servicios generales y demás.

En la actualidad el sistema de salud mundial ha colapsado producto de la pandemia producida por el virus SARS COV2, trayendo consigo una crisis social en general, especialmente en el sector de la salud, Lo que ha ocasionado que se ocupe la totalidad de las camas de UCI de las clínicas de muchos países, entre esos Colombia.

Para ser más específicos en la localización de esta investigación en el departamento del Atlántico donde a la fecha de 11 de junio del 2020 según la gobernadora Elsa Noguera indica que la ocupación en el departamento es del 72% de camas uci y en Barranquilla el secretario de salud distrital indico que la ocupación es de un 65% (Solano, 2020).

Este proyecto de investigación se realiza con el propósito de identificar los niveles de ansiedad en el personal sanitario que laboran en clínicas u hospitales públicas y privadas de Soledad y Barranquilla en tiempos de Covid-19.

La ansiedad en el personal sanitario se ve afectada en estos tiempos de Covid según la investigadora Serena Berello, comenta que el estrés normal de las profesiones de la salud se había exacerbado por el aumento de la carga de trabajo, las difíciles condiciones y la incertidumbre. Añadió también que, en Francia, una asociación de apoyo al personal sanitario recibió más de 70 llamadas diarias, varias indicativas de “inminente suicidio”. En Bélgica, estudios señalan que se ha duplicado el número de trabajadores sanitarios que han pensado en dejar la profesión. Los niveles de infelicidad son cuatro veces más altos de lo habitual (Serena Berello, 2020).

Dicho lo anterior, esta investigación es relevante para la psicología tanto en la rama organizacional como en la clínica, ya que ayuda a identificar los niveles de ansiedad en el personal sanitario permitiendo así tomar medidas que ayuden a favorecer la higiene mental.

En cuanto a la psicología organizacional, se puede evidenciar la ansiedad y el trabajo bajo presión, autores como (Spielberger, 1999) mencionan que la ansiedad es entendida como “una respuesta frente a la evaluación producto de una situación estresante y por lo tanto amenazadora” Además, esta investigación sirve para realizar más adelante futuras investigaciones en diferentes empresas donde analicen los niveles de ansiedad en los trabajadores de manera grupal, individual y organizacional. Que si bien no están en primera línea enfrentando el covid-19, pero si están afrontándolo de diferentes maneras como utilizando el servicio público para trasladarse al lugar del trabajo, en el mismo lugar de



trabajo, vivir con el temor de llevar el virus a su hogar y ver como esto influye en el rendimiento laboral.

Del mismo modo, para la psicología clínica esta investigación aporta datos de la relación entre la ansiedad y el personal sanitario en tiempos de covid-19. Desde la psicología clínica la ansiedad según autores como (Ellis, Manual de terapia racional-emotiva, 1990), en su libro manual de terapia racional emotiva menciona que “La ansiedad se convierte en problema cuando la persona lleva al “extremo” sus miedos, inventando ideas irracionales que rigen su forma de pensar, sentir y actuar.” Cabe resaltar que específicamente esta investigación está basada en fundamentos teóricos con énfasis en psicología clínica. Y puede servir para apoyar futuras investigaciones sobre los niveles de ansiedad en el personal sanitario en tiempos de covid-19, en otras ciudades del país y más en aquellas que son consideradas como zonas rojas y zonas peligrosas tales como los departamentos del Choco, Amazonas, la Guajira, Arauca, Putumayo, Caquetá, Meta y Casanare.

Para Barranquilla y Soledad, lugares donde se llevó a cabo esta investigación, en la actualidad registra índices de personas afectadas por covid-19. Para la capital del Atlántico a la fecha de septiembre del 2020, con 37.073 casos y en el municipio de soledad con 14.089 casos reportados, con una cifra total del departamento del Atlántico con 65. 787. siendo por ende rotulados por MINSALUD como municipios con afectación alta de contagios por coronavirus. Lo cual podría indicar aumento en los niveles de estrés y ansiedad para el personal sanitario.

Esta investigación puede motivar a la creación de programas de intervención para mitigar los efectos psicológicos que produce, no solo la exposición a pacientes con covid-19, sino a

cualquier tipo de enfermedad que es altamente infectocontagiosa y que puede llegar a representar un peligro inminente para el personal sanitario que labora dentro de las clínicas u hospitales.

Al programa de Psicología de la Universidad de la Costa, esta investigación estará a disposición del repositorio del alma mater, además colabora con la línea de investigación Relaciones interpersonales y familiares contemporáneas. Y puede seguir de ejemplo para futuras investigaciones sobre la temática en el ámbito universitario como el nivel de ansiedad en estudiantes en tiempos de covid-19 y niveles de ansiedad en el personal que labora en la Universidad de la Costa en tiempos de covid-19.

Por último, la realización de este proyecto es importante para las tesis ya que es la primera base en el campo de la investigación en Psicología y más aún cuando hasta el momento no se encuentran investigaciones relacionadas a esta temática en la población de Barranquilla y Soledad. Es muy gratificante aportar a la comunidad científica una investigación como esta y que estos datos puedan aportar algo al personal sanitario y lograr concientizar al público en general.

## 7 Objetivos

---

### 7.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar los niveles de ansiedad en el personal sanitario de clínicas u hospitales públicas y privadas de Barranquilla y Soledad en tiempos de Covid-19.

### 7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar las características sociodemográficas del personal sanitario que labora en clínicas y hospitales de Soledad y Barranquilla.

Identificar los niveles de ansiedad en el personal sanitario que labora en clínicas y hospitales de Soledad y Barranquilla.



## 8 Marco referencial

---

### 8.1 ANTECEDENTES

Tal como se estableció en el planteamiento del problema la actual pandemia producida por el SARS COV 2 ha producido en la población en general un impacto psicológico, que atenta contra la salud mental, especialmente por las diversas sintomatologías ansiosas que ha generado, ya que sea por el temor a ser contagiado, las consecuencias que esto puede producir no solo a nivel personal, sino también a nivel social, los cambios bruscos de estilos de vida, donde el individuo pasa de una rutina social activa a un confinamiento en el hogar, que paulatinamente se ha extendido.

En un estudio realizado por Dosil en el 2020. Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles. evaluó los factores que pueden desestabilizar la salud mental de dichos profesionales, utilizaron la escala de DASS-21 que evalúa estrés, depresión, mide el sueño y la ansiedad. Los datos fueron obtenidos por correo electrónico, la muestra total fue de 421 del departamento de salud de la CAPV y Navarra, que se encuentren activos en centros hospitalarios públicos y privados, donde 338 eran mujeres 83 eran hombres. Las conclusiones que llegaron con esta investigación es que el personal sanitario que vive acompañado de una persona con una enfermedad crónica tiene mayores niveles de ansiedad y las personas que han estado en contactos con personas infectadas con el virus demuestran mayores niveles de ansiedad (Dosil, Ozamiz, Redondo, Jaureguizar, & Picaza, 2020).

En el Reino Unido, Leanne Duppley en su investigación realizada en el año 2020 titulada Performance anxiety amongst trauma and orthopaedic surgical trainees, evaluó la ansiedad

entre los alumnos ortopédicos de tres decanatos, utilizando el cuestionario SCAT por medio de correo electrónico. Teniendo en cuenta factores como el agotamiento, estrés y ansiedad puede conducir a errores quirúrgicos. Los resultados de esta investigación arrojaron que el aumento de los niveles de ansiedad puede causar agotamiento entre los cirujanos, los aprendices femeninos se ven afectados por la ansiedad de desempeño más que los aprendices masculinos y que la experiencia no elimina por completo la ansiedad (Dupley, Hossain, & Ghosh, 2020).

Por otro lado, Jungmann realizó en el 2020 una investigación titulada Health anxiety, cyberchondria, and coping in the current COVID-19 pandemic: ¿Which factors are related to coronavirus anxiety? cuyo principal objetivo fue investigar los vínculos entre el rasgo de ansiedad por salud, la cibercondria y la ansiedad por el virus durante la pandemia covid-19. La muestra fueron personas de la población general alemana a través de comunicados de prensas, redes sociales, distribución por correo electrónico de universidades y sitio webs. Con un total de 1616 participantes que respondieron por completo. De las cuales 79.8% fueron mujeres, 19.8% hombres y 0.4% diversos. Los resultados obtenidos con esta investigación fueron el aumento de la ansiedad por el virus fue particularmente fuerte con una elevada ansiedad por la salud, la ansiedad por la salud, la cibercondria y la ansiedad por virus están positivamente asociadas (Jungmann, Witthöft, & Michael, 2020).

Según el estudio de Asmundson & Taylor titulada How health anxiety influences responses to viral outbreaks like COVID-19: What all decision-makers, health authorities, and health care professionals need to know. Realizada en el año 2020, demuestra como la ansiedad afecta la salud de las personas y del personal de la salud, además expone el aumento de nivel de ansiedad en lugares donde se han reportados casos de presencia del coronavirus e incluso

puede malinterpretar sus síntomas comunes tales como gripa asociarlos directamente con pensamientos catastróficos, de las sensaciones y los cambios corporales, o asociarlos con síntomas de que están infectados. Por otro lado, esta investigación plantea que la persona con bajo nivel de ansiedad frente al coronavirus también es negativa para mitigar el virus puesto que no siguen las indicaciones que ofrece el sistema de salud en cuanto a lavarse las manos y el distanciamiento social (Asmundson & Taylor, 2020).

Huang & Zhao en el 2020, realizaron una investigación denominada Generalized anxiety disorder, depressive symptoms, and sleep quality During COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. Esta fue realizada de manera aleatoria con un total de 7.236 personas, donde realizaron una encuesta transversal de forma online, donde evaluaban los síntomas depresivos, calidad de sueño y el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), para evaluar este último aplicaron la escala GAD-7 en versión china que evalúa los síntomas de ansiedad de las últimas dos semanas donde los resultados aportaron que durante el brote del coronavirus los jóvenes presentan alto nivel de ansiedad que las personas mayores (Huang & Zhao, 2020).

Salido en su investigación presentada como tesis de grado en el 2014, llamada Ansiedad del personal de enfermería en relación con la muerte de sus pacientes. Comparativa UCI y Oncología. Menciona como se relaciona la ansiedad en el personal de enfermería con la muerte de sus pacientes realizando una comparación de uci y oncología. Evaluaron los niveles de ansiedad de 88 enfermeras/os de los hospitales de Cruces y Galdakao (Osakidetza) utilizando la escala “Prevalencia de ansiedad ante la muerte” a través del cuestionario DAI (Death Anxiety Inventory).” El cual los resultados fueron un alto índice de ansiedad en el

personal de enfermería ocasionando errores en el trabajo y la necesidad de que el personal de enfermería esté preparado ante la muerte (Salido, 2014).

Blanco, en una investigación en el 2007, La ansiedad en el personal sanitario. Identificó en una muestra de 24 profesionales que laboraban en la unidad de cardiología y en la unidad coronaria del hospital clínico universitario de Salamanca Encontrando que la ansiedad negativa en ese personal sanitario estaba relacionada con la satisfacción laboral, la auto eficiencia y la supervisión (Blanco, Imaz, Robles, Laso, & Calvete, 2007).

Mier en el 2005 en su investigación Ansiedad ante la muerte en el personal sanitario: revisión de la literatura. Se centro en la recopilación de diferentes artículos que plasmaran los resultados de sus investigaciones sobre la ansiedad que produce la muerte en el personal sanitario. Concluyendo que factores como la edad, la carga ocupacional, la experiencia profesional, el porcentaje de tiempo que se interactúa con pacientes en estado terminal influyen en el nivel de ansiedad del personal sanitario ante la muerte (Mier, 2005).

## 9 Pandemias a lo largo del a historia:

### 9.1 LA PESTE NEGRA



Figura 1. La peste negra – Fuente: <https://www.rionegro.com.ar/las-tres-pandemias-1287591/>

También considerada como muerte negra, tal como se representa en la *Figura 1*. Tuvo su primera aparición a comienzo del siglo VIII, a mediados del siglo XIV entre 1346 y 1347 asoló Europa, hasta su último brote en el siglo XVIII. Se llama peste negra, por sus manifestaciones la bubónica, tiene como síntoma característico la aparición de pústulas de sangre, es decir de hemorragias cutáneas o ‘bubas’ de color negro azulado (Haindl, 2010). La enfermedad se declaraba súbitamente, con fiebre alta, escalofríos, náuseas, sed, agotamiento físico y temblores. El resto de los síntomas dependía del tipo de peste contraída. En su forma bubónica se acompañaba de dolores de cabeza, temblores, sudor y diarrea. Tiene su origen en la zoonosis una enfermedad que pasa de los animales a los seres humanos. El contagio era fácil porque ratas y humanos estaban presentes en graneros, molinos y casa. Se ha calculado que la Peste Negra mató alrededor del 30% de la población europea. Las ciudades más afectadas fueron las portuarias y comerciales, como Marsella y Albi, donde murió más del 60% de sus habitantes (Haindl, 2010).



## 9.2 LA GRIPE ESPAÑOLA



*Figura 2.* El Auditorio Municipal de Oakland, en Estados Unidos, empleado como hospital de emergencia durante la pandemia de gripe de 1918 – *Fuente:* <https://www.elperiodico.com/es/ciencia/20180303/centenario-gripe-espanola-1918-mato-50-millones-personas-6663844>

También llamada como la gripe de 1918, Es considerada como la más devastadora de la historia, que azotó el mundo durante 3 oleadas distribuidas entre febrero de 1918 y junio de 1919 (Duro & Tuells, 2015). En *Figura 2*, se logra apreciar la emergencia sanitaria que provoco durante el desarrollo de esta. Según National Geography fue la primera pandemia a nivel global. Sus síntomas principales son los pacientes desarrollaban fiebre e insuficiencia respiratoria; la falta de oxígeno causaba un tono azulado en el rostro; las hemorragias encharcaban de sangre los pulmones y provocaban vómitos y sangrado nasal, de modo que los enfermos se ahogaban con sus propios fluidos (Saul, 2018).

Se presume que enfermó un tercio de la población mundial, extendiéndose con una rapidez y letalidad nunca conocida. Sólo en Estados Unidos causó 500.000 muertos, por lo que se pensó incluso en un tipo de arma de los alemanes. Éstos por su parte la denominaron la gripe de Flandes, "Blitzkatarrh" (Payá G, 2009).

### 9.3 H1N1



*Figura 3.* La pandemia de H1N1 afectó a más de 200 países entre 2009 y 2010 –

*Fuente:* <https://www.bbc.com/mundo/noticias-52115504>

Conocida también como gripe porcina o gripe del cerdo, Es una infección respiratoria aguda y muy contagiosa de los cerdos, causada por alguna de los varios gripales de tipo A de esa especie. (OMS, 2009) Su primera aparición fue en España 26 de abril del 2009. (Martínez Ochoa, 2010) El cuadro clínico de la gripe pandémica se caracteriza por malestar general, fiebre, tos, dolor de cabeza, dolores musculares y articulares, faringoamigdalitis y rinorrea; a veces también aparecen vómitos y diarrea. (OMS, 2009). Tal como lo representa la *Figura 3*, muchas personas en el mundo dieron positivo para H1N1; la OMS reportó que en los primeros 16 meses de la pandemia se registraron 18.500 muertes por cuenta de esta enfermedad.

## 9.4 ÉBOLA



*Figura 4.* Un equipo médico entra en la zona de riesgo alto en nuestro centro de tratamiento de pacientes de Ébola en Mangina, en República Democrática del Congo – Fuente: <https://www.msf.es/actualidad/republica-democratica-del-congo/ebola-nuevos-medicamentos-y-ma>

Los virus del Ébola son los agentes causantes de una forma grave de fiebre hemorrágica viral en el hombre, denominada fiebre hemorrágica del Ébola, y son endémicos en regiones de África central. (Feldmann, 2011) Su primera aparición fue en 1976, luego en el 2013, hasta el brote del año 2014-2015 afectó países de África como de Guinea, Sierra Leona, Liberia y Nigeria. (Center for disease control and prevention , 2014) No se conoce el origen de esta, pero pruebas actuales indican que murciélagos frugívoros (de la familia Pteropodidae) pueden ser huéspedes. (OMS, Preguntas frecuentes sobre la enfermedad por el virus del Ebola, 2017) Sus síntomas son cefalea, conjuntivitis, dolores musculares, fiebre alta. Náuseas, vómitos hasta daño cerebral, convulsiones, desangramiento interno y ocasionar la muerte. (Tricas, 2014) Según la OMS el virus del ébola tuvo casos confirmados en Guinea del 2014-2016 3.811 con 2.543 defunciones, En Liberia del 2014-2016 10.675 casos confirmados con 4.809 defunciones y Sierra Leona en el 2014-2016 con 14.124 casos y 3.956 defunciones. (OMS, 2020)

## 9.5 CORONAVIRUS



*Figura 5. Médicos, enfermeras, terapeutas y otros profesionales de la salud aseguran que el coronavirus ha motivado en la población que se les cierran las puertas – Fuente: <https://www.eltiempo.com/salud/en-plena-pandemia-medicos-denuncian-rechazo-y-maltrato-480>*

Este virus surgió en Wuhan, China, a finales del año 2019, causando manifestaciones respiratorias, digestivas y sistémicas que afectan la salud humana. Este virus pertenece a la familia Beta coronavirus, puede infectar neumocitos tipos 2 y células epiteliales bronquiales ciliadas. Adicionalmente, hasta el momento los datos plantean que los murciélagos son la causa inicial del brote actual de CoV (2019nCoV), que se originó en un “mercado húmedo o de alimentos marinos. (Lu H, 2020). La manera en cómo se transmite es la infección se produce cuando una persona enferma tose o estornuda y expulsa partículas del virus que entran en contacto con otras personas. Este mecanismo es similar entre todas las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA). La enfermedad es mortal en raras ocasiones, y hasta ahora las víctimas mortales han sido personas de edad avanzada que ya padecían una enfermedad crónica como diabetes, asma o hipertensión. (MINSALUD, Conozca la información relacionada con el coronavirus, 2020) Sus síntomas como fiebre, tos, mialgia, dolor de cabeza, hemoptisis y dificultad para respirar (Huang C. W., 2020) En cuanto al tratamiento

Actualmente no existe tratamiento específico ni vacuno comprobado para ningún coronavirus. El tratamiento es sintomático y en el caso de requerirlo, el manejo se realiza de acuerdo con la gravedad del paciente. (MINSALUD, Conozca la información relacionada con el coronavirus, 2020). Hasta el momento a nivel mundial van 28.802.775, más de 920.931 muertos y 19.501.578 casos de personas recuperadas.

## 10 Definición de Ansiedad

---

Según (Elizabeth A. Hoge, 2020) “Anxiety disorders, including generalized anxiety disorder (GAD), social anxiety disorder (SAD), panic disorder (PD), and agoraphobia, are the most frequent psychiatric conditions in the US, with a lifetime prevalence of approximately 30% Anxiety disorders are associated with significant distress and impairment in functioning and increased risk for suicide, While pharmacotherapy and psychotherapy are first-line treatment strategies for anxiety disorders, many patients are reluctant to take psychiatric medication, and many prefer to avoid any kind of mental health treatment due to stigma or distrust of traditional medical care”

El estado de ansiedad es una reacción psicógena. Los síntomas que ocurren con mayor frecuencia son el estado de ánimo ansioso, que siempre está presente, como también lo son los sentimientos de tensión. Síntomas autónomos, por ejemplo, sudoración, enrojecimiento y sequedad de boca se encuentran en aproximadamente 90% Luego viene el estado de ánimo deprimido en más del 80%, seguido de insomnio en 80% y dificultad en concentración y olvido en 70% (Hamilton, 1981).



El estado de ánimo ansioso es la característica central y, característicamente, es muy lábil. Casi cualquier cosa aumentará la ansiedad de los pacientes, pero igualmente es sensible a la comodidad y tranquilidad. Según (Hamilton, 1965) la Ansiedad es como una reacción normal a peligro, ansiedad como una condición patológica, no relacionada a stress, y ansiedad como un estado, o síndrome general que él llamó “neurosis ansiosa” a una situación particular.

Por otro lado, el autor Albert Ellis menciona: “La ansiedad se convierte en problema cuando la persona lleva al “extremo” sus miedos, inventando ideas irracionales que rigen su forma de pensar, sentir y actuar.” De igual manera explica que existen dos tipos de ansiedad: la perturbadora y la ansiedad del yo. (Ellis, Manual de terapia racional-emotiva, 1990)

18 años después, este autor mantiene su tesis de los dos tipos de ansiedad, ahora las reconoce como ansiedad sana y ansiedad malsana.

Ansiedad sana (inquietud): (Ellis, Como controlar la ansiedad antes que lo controle a usted, 2000) Preserva la vida porque mantiene activa y vigilante a la persona sobre los riesgos que enfrenta para sobrevivir. Proporciona control de las emociones, ayuda a la persona a alcanzar sus logros y aceptar que algunas metas son irrealizables. Esta ha sido elaborada en la historia del ser humano y ha servido para preservar la vida y la especie humana. (pp.29)

Ansiedad malsana (preocupación): (Ellis, Como controlar la ansiedad antes que lo controle a usted, 2000) Es destructiva porque hace que la persona pierda el control sobre sus emociones, la debilita en el logro de sus propósitos y propicia que afronte desastrosamente los riesgos. Hace que entre en pánico, que tenga fobias, miedos, horror, terror, dolores y trastornos psicosomáticos, pudiendo enfermar debido a sus propias creencias irracionales, que incluso pueden conducirla al suicidio. (pp.32).

### **10.1 ORIGEN DE LA PALABRA ANSIEDAD**

La palabra ansiedad, viene del latín anxietas, anxietatis, cualidad o estado del adjetivo latino anxius (angustiado, ansioso). Este adjetivo se relaciona con el verbo angere (estrechar, oprimir), de cuya raíz también nos vienen otras palabras de origen latino como ansia, angina, angustia y congoja. (Gardey J. P., 2008)

### **10.2 TEORÍA CONDUCTISTA**

Según esta teoría, (Watson, 1913) la ansiedad es el resultado de un proceso condicionado de modo que los sujetos que la padecen han aprendido erróneamente a asociar estímulos en un principio neutros, con acontecimientos vividos como traumáticos y por tanto amenazantes, de manera que cada vez que se produce contacto con dichos estímulos se desencadena la angustia asociada a la amenaza.

### **10.3 TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL**

expuesta por Bandura en su teoría del aprendizaje social, menciona que se puede desarrollar ansiedad no solo a través de la experiencia o información directa de acontecimientos traumáticos, sino a través del aprendizaje observacional de las personas significativas al entorno (Bandura, 1987).

### **10.4 TEORÍA COGNITIVISTAS**

Beck, Considera la ansiedad como resultado de "cogniciones" patológicas (Beck, 1976). Se puede decir que el individuo "etiqueta" mentalmente la situación y la afronta con un estilo y conducta determinados. Por ejemplo, cualquiera puede tener una sensación física

molesta en un momento determinado, si bien la mayoría no concede ningún significado a esta experiencia. No obstante, existen personas que interpretan ello como una señal de alarma y una amenaza para su salud física o psíquica lo cual provoca una respuesta neurofisiológica desencadenando así la ansiedad.

## **11 Síntomas psíquicos de la Ansiedad**

---

Según (Ballesteros, 2000; DZurilla y Goldfried ,1971; Nezu, Nezu y Perri, 1989), citados por (Piqueras, y otros, 2008) “Entendemos por cognitivo cualquier proceso efectuado por el cerebro que incluya percepción, detección, identificación, comparación, toma de decisiones, etc.” (p.51). en ese sentido los síntomas psíquicos de la ansiedad derivan de la interpretación que le da el individuo a los diferentes estímulos que se presentan en el medio y que en su interpretación le resultan amenazantes.

Así, en la ansiedad la dimensión cognitiva se caracteriza por la preocupación, anticipación, hipervigilancia, temor, inseguridad, sensación de pérdida de control y la percepción de fuertes cambios fisiológicos (cardíacos, respiratorios, etc.) (Piqueras, y otros, 2008)

Los síntomas psíquicos se ven reflejada en los ítems que evalúa la escala de Ansiedad de Hamilton tales como:

1. Estado de ánimo ansioso, preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad.
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.



3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.

4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar

5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.

6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día. (Hamilton, The assessment of anxiety states, 1969).

## **12 Síntomas somáticos de la Ansiedad**

---

Las respuestas motoras son conductas orientadas hacia el afrontamiento de una situación determinada para conseguir un mayor bienestar (Piqueras, y otros, 2008). En la ansiedad las conductas de afrontamiento que el individuo adopta con mayor frecuencia están orientadas a la confrontación, el distanciamiento, el autocontrol, la búsqueda de apoyo social (Piqueras, y otros, 2008).

Los síntomas somáticos se ven reflejada en los ítems que evalúa la escala de Ansiedad de Hamilton tales como:

7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.

8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo

9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.

10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea

11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.

12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.

13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, Pilo erección (pelos de punta) (Hamilton, The assessment of anxiety states, 1969)

### **13 Etiología de la Ansiedad**

---

Para Ellis (2005) La ansiedad tiene su origen en estos tres aspectos, que se conjugan en la persona a partir de sus decisiones y sus creencias racionales e irracionales. La ansiedad es evolutiva porque es consustancial a la condición humana. La ansiedad, el miedo y la incertidumbre siempre han formado parte de la historia de la humanidad.

Según Pinel (2007), los trastornos de ansiedad suelen desencadenarse a raíz de acontecimientos estresantes identificables, y suelen centrarse en determinados objetos o situaciones. Indica que existen tres causas fundamentales que generan estrés las cuales son:

Causas biológicas: menciona que el factor hereditario juega un papel mínimo en el desarrollo de la ansiedad. Algunos estudios han demostrado que existe una tendencia al apareamiento de la ansiedad en grupos familiares, aunque es difícil determinar el hecho de haber nacido y crecido en un ambiente familiar ansioso y en qué medida depende de la genética. (Pinel, 2007)

Causas psicosociales: en la génesis de la ansiedad estos factores parecen ser muy importantes ya que se relacionan los factores a traumas fisiológicos en la infancia, patrones patológicos en la familia y en la relación padre-hijo, así como las relaciones interpersonales. Se relaciona a un crecimiento personal bloqueado y a un aprendizaje distorsionado. (Pinel, 2007).

Causas socioculturales: no ha sido investigado con profundidad, pero se ha demostrado que existen efectos socioculturales distintos de las personas que manifiestan ansiedad. Una de las diferencias es el tipo de reacción que cada persona posee para afrontar las circunstancias que se le presentan, la otra es que el ambiente social influye en la manifestación de la ansiedad y la forma en que la persona se ha desarrollado (Pinel, 2007).

### **13.1 BASES BIOLÓGICAS**

Según (Sadín & Chorot, 1995), citados por (Piqueras, y otros, 2008), la ansiedad puede ser definida como: “una respuesta del organismo que se desencadena ante una situación de amenaza o peligro físico o psíquico, cuyo objeto es dotar al organismo de energía para anular o contrarrestar el peligro mediante una respuesta (conducta de huida o de agresión)” (p. 49).

Este sistema de alerta actúa de forma adaptativa y prepara al individuo para responder ante las diferentes situaciones que se presenten en el medio. Sin embargo, hay deferentes situaciones en las que la ansiedad se convierte en clínica, ocasionando así que el individuo reaccione de forma desadaptativa ante el medio. Entre esas tenemos:

Cuando el estímulo presentado es inofensivo y conlleva una compleja respuesta de alerta.

Cuando la ansiedad persiste en el tiempo, superando lo meramente adaptativo y los niveles de alerta persisten.

Cuando los niveles de alerta y la ansiedad interrumpen el rendimiento del individuo y las relaciones sociales (Piqueras, y otros, 2008).

A nivel fisiológico, la activación de la ansiedad en el individuo está mediado por dos sistemas que se encuentran interrelacionados entre sí: el sistema nervioso autónomo (SNA) y el sistema neuroendocrino (SNE).

Una vez que el individuo logra percibir en el medio una situación que es interpretado como amenaza, el SNA que está formado por una división simpática y una parasimpática, se activa de forma inmediata, llevándolo a responder ante el estímulo de forma automática. En ese sentido se encarga de activar los órganos que le van a permitir liberar la energía almacenada y a prepararse para afrontar la amenaza, ya sea con la lucha o la huida y su posterior resolución, llevando al organismo a su estado inicial de relajación (Piqueras, y otros, 2008).

Es así como el Sistema simpático adrenal se convierte en el responsable de que en el organismo se produzca el aumento de la frecuencia cardiaca, tensión de los músculos, dilatación de los bronquios a nivel pulmonar para aumentar la captación del oxígeno, en otras

palabras, liberación de energía almacenada. Proceso que se activa por la estimulación de la médula de las glándulas suprarrenales, liberando así adrenalina al torrente sanguíneo. Esta hormona produce estimulación al llegar a todos los órganos, reforzando así el efecto del sistema simpático sobre el corazón, los pulmones o el hígado (Piqueras, y otros, 2008).

El sistema parasimpático adrenal por su parte tiene un efecto inhibidor, es decir que lleva al organismo al almacenamiento y ahorro de energía. Su efecto es contrario al sistema simpático, ya que disminuye la frecuencia cardíaca, relaja los músculos en general y produce un estado de relajación. En ese sentido, el bienestar de la persona se basa en que ambos sistemas están en equilibrio u homeostasis (Piqueras, y otros, 2008).

El sistema nervioso neuroendocrino (SNE) o hipotálamo-hipófisis-suprarrenal se ha relacionado con la ansiedad, al igual que también con las respuestas de estrés, postulándose un incremento de activación en el citado eje. Esta respuesta, que suele sobrevenir a la anterior, genera activación neuroendocrina y tiene como característica la secreción de corticoides (Piqueras, y otros, 2008). Este sistema a pesar de actuar de forma más lenta sobre el organismo tiene una acción duradera en comparación a los efectos de la activación del sistema nervioso autónomo. Por ende, requiere que el individuo se encuentre estimulado de forma prolongada sobre la situación amenazante.

Los glucocorticoides (cortisol) secretados por el sistema hipotálamo-hipófisis-suprarrenal unidas a las del SNS de adrenalina y noradrenalina y a las del sistema hipófisis-tiroideo (tiroxina, etc.) conforman el patrón de respuesta totalitario que implica a prácticamente cualquier sistema neuroendocrino del organismo (Piqueras, y otros, 2008),

#### **14 Ansiedad leve**

---

Durante esta fase la persona esta alerta y su campo de percepción aumenta, la persona ve oye y comprende más que antes. Este tipo de ansiedad puede motivar el aprendizaje y producir crecimiento y ansiedad. También está asociada a tensiones de la vida diaria.

#### **15 Ansiedad moderada**

---

En la cual la persona se centra no solo en las preocupaciones inmediatas, lo que implica una disminución del campo de percepción. La persona ve, oye y comprende menos. La persona bloquea aéreas seleccionadas, pero puede atender más si se orienta a ello.

#### **16 Ansiedad grave**

---

Se caracteriza por una reducción significativa del campo perceptivo. La persona tiene a centrarse en un detalle específico, sin pensar en nada más. La conducta se centra en aliviar la ansiedad.

#### **17 Ansiedad, Personal Sanitario Y Covid 19**

---

Actualmente en la literatura, se pueden encontrar diversos estudios que hablan sobre las implicaciones emocionales que tiene para el personal sanitario laborar en tiempos de pandemias.

Es así que en algunos de ellos se logra evidenciar datos en los que la ansiedad, la depresión, las reacciones adaptativas, entre otros, son los más comúnmente reportados entre el personal sanitario, estos están acompañados por síntomas como irritabilidad, insomnio,

clinofilia, disfunción familiar e incluso suicidio, especialmente cuando los médicos de primera línea pueden cursar con estrés postraumático, aparte de todo el tener que dar cara a cara con el familiar la noticia del deceso del paciente, este supone ser un estresor que puede llegar a agravar la sintomatología ansiosa (Álvarez et al., 2020).

Rei y Do Perpétuo en el 2020, realizaron una investigación en la literatura publicada en diferentes bases de datos, con el propósito de mapear las enfermedades mentales en la población general y en profesionales de la salud durante la pandemia de Covid-19. Con los datos encontrados concluyeron que la pandemia de Covid-19 desencadenó, con mayor frecuencia, trastornos de ansiedad, depresión, estrés y estrés postraumático en la población general y los profesionales de la salud. Además de lo anterior indicaron que las mujeres, los estudiantes y las enfermeras se encuentran entre los más afectados (Moreira et al., 2020).

Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado, se puede afirmar que las situaciones estresantes en la vida laboral del personal sanitario podrían llegar a desencadenar trastornos mentales, entre esos la ansiedad, y dependiendo de las condiciones individuales y la exposición a las situaciones estresores, será la severidad del mismo trastorno.

Muchos de los retos que debe afrontar el personal sanitario en estos tiempos de covid, es el desbordamiento en la demanda asistencial, si bien sabemos que muchas personas acuden reclamando atención sanitaria, pero el personal sanitario también se enferma o ve a personas cercas enfermar. Mas cuando los profesionales se contagian y deben guardar una cuarentena o en casos extremos donde ellos mismos requieran asistencia médica. A eso le sumamos que el riesgo de infección no se detiene, es decir, existe un mayor riesgo de contraer enfermedades y transmitirla a familiares, amigos y otras personas del trabajo.

Al mismo tiempo el equipo de protección puede ser insuficientes, poco comfortable, limita la movilidad y la seguridad que produce puede ser incierta. Por otro lado, ayudar a quienes lo necesitan puede ser gratificante, pero también difícil, ya que el personal sanitario puede experimentar miedo, pena, frustración, culpa, insomnio y agotamiento. Son reacciones esperables en situaciones como esta magnitud. Adicionalmente, los dilemas éticos y morales, la falta de medios, la sobrecarga y la propia evolución incierta de los pacientes, hacen que el profesional de la salud se vea obligado a tomar decisiones complejas en breve tiempo tales como decidir qué persona infectada fallece luego de renunciar al ventilador que salvaría su vida para cederlo a un paciente más joven. (El espectador, 2020) También el personal sanitario se expone a un sufrimiento intenso ante una muerte en aislamiento que tiene a las familias desconsoladas por no acompañar y ayudar a sus seres queridos, esa exposición al desconsuelo de las familias y al mismo tiempo la angustia del paciente y las familias que puede ser cada vez más difícil de manejar para el personal sanitario. (Sociedad española de psiquiatría, 2020).

## **18 Metodología**

### **18.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

La presente investigación se encuentra enmarcada bajo el tipo cuantitativa de alcance descriptivo de corte transversal, no experimental. Además, Exhibe el conocimiento de la realidad tal como se presenta en una situación de espacio y de tiempo dado (Rojas Cairampoma, 2015).



## 18.2 PARADIGMA- EPISTEMOLÓGICO

Se selecciona el paradigma hipotético-deductivo, porque es cuantitativo y buscar dar respuesta a la pregunta problema por medio de cifras numéricas. Este paradigma es muy común en los campos de la medicina, donde se identifica como diagnóstico clínico. El autor (León-Barúa, 1999) resume los pasos fundamentales de este diagnóstico: al consultar a un médico sobre lo que siente, el paciente le refiere sus síntomas el médico, considerando conocimientos previos acumulados en las ciencias médicas, se plantea una o varias hipótesis.

La esencia del paradigma hipotético-deductivo consiste en hacer uso de la verdad o falsedad del enunciado básico (a partir de su constatación empírica), para inferir la verdad o la falsedad de la hipótesis que ponemos a prueba. (Behar Rivero, 2008)

Este método posibilita la reestructuración constante del sistema teórico, conceptual o metodológico de la investigación y, por tanto, se puede clasificar esencialmente como método para la construcción de conocimientos. (Jacinto, 2017).

## 18.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN

- Personal sanitario que labora actualmente en clínicas u hospitales de Barranquilla y Soledad.
- Mayor de edad.

## 18.4 HERRAMIENTAS: INSTRUMENTOS

Por medio del siguiente proyecto de investigación, se busca identificar los niveles de ansiedad en el personal sanitario que labora en clínica u hospitales en soledad y barranquilla;

para esto se aplicara a través de un enlace por medio de Google la escala de ansiedad de Hamilton.

La escala de ansiedad de Hamilton es un instrumento de medición que permite evaluar e identificar oportunamente conductas, acciones, niveles y síntomas que orienten hacia la identificación de trastornos de la esfera cognitiva y emocional, como el trastorno de ansiedad. (García, Rojas, & Alvarez, 2019)

La escala de ansiedad de Hamilton está conformada por un total de 14 ítems que mide el estado de ánimo ansioso, la tensión, los temores, el insomnio, el intelecto, el estado de ánimo deprimido, síntomas somáticos generales (musculares), sistemas somáticos generales (sensoriales), síntomas cardiovasculares, síntomas respiratorios, síntomas gastrointestinales, síntomas genitourinarios, síntomas autónomos y el comportamiento en la entrevista (general y fisiológico). (Hamilton, The assessment of anxiety states, 1969) La puntuación total se calcula sumando los puntos obtenidos en cada pregunta. (Ausente=0, leve=1, moderado= 2, grave=3, muy incapacitante=4). Ansiedad moderada grave (puntuación de al menos 15: amerita tratamiento). Ansiedad leve (puntuación de 6-14) y ausencia o remisión del trastorno (puntuación de 0-5). (Hamilton, The assessment of anxiety states, 1969)

Fiabilidad de la prueba Muestra una buena consistencia interna 7 (alfa de Cronbach de 0,79 a 0,86). Con un adecuado entrenamiento en su utilización la concordancia entre distintos

evaluadores es adecuada ( $r = 0,74 - 0,96$ ). Posee excelentes valores test-retest tras un

día y tras una semana ( $r = 0,96$ ) y aceptable estabilidad después de un año ( $r = 0,64$ ).

(Hamilton, The assessment of anxiety states, 1969).

### **18.5 PARTICIPANTES**

El estudio está conformado por una muestra de 340 participantes de ambos sexos, de los cuales 247 son del sexo femenino y 93 son del sexo masculino; actualmente hacen parte del personal sanitario (médicos, enfermeras, auxiliar de enfermería, fisioterapeutas, personal de servicios generales, paramédicos, bacteriólogas, trabajadora social, auxiliar de servicios farmacéuticos, personal administrativo, auxiliar clínico, auditores, psicólogos, instrumentador quirúrgico, nutrición y dietética e ingenieros) que labora en clínicas u hospitales de Barranquilla y Soledad, pertenecientes al sector público o privado.

### **18.6 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

La recolección de la información se realizó a través del envío de un enlace de Google encuesta con la escala de Ansiedad de Hamilton, a 118 contactos que trabajan actualmente en diferentes clínicas y hospitales de Barranquilla y Soledad en estos tiempos de pandemia.

Durante el proceso de recolección de datos, nos comunicamos con el (Centro de Investigaciones Clínicas y Traslacional, La Misericordia Clínica Internacional, 2020) por medio de correo electrónico, nos indicaron que recientemente habían realizado una investigación piloto teniendo en cuenta diferentes factores psicológicos, entre esos Ansiedad. Específicamente aplicaron la escala de Ansiedad de Hamilton. De la cual nos dieron 222 datos sociodemográficos y resultados acerca de los niveles de ansiedad del personal sanitario que labora en dicha clínica. Para obtener finalmente un total de 340 datos sociodemográficos y resultados acerca de los niveles de ansiedad según la escala de ansiedad de Hamilton.

## 19 Resultados

Este trabajo de investigación ha sido orientado para identificar los niveles de ansiedad en el personal sanitario de Barranquilla y Soledad en tiempos de Covid 19. A continuación, se realizará la descripción de este a partir de los objetivos formulados inicialmente. A través de los datos recolectados de los 340 participantes que forman la muestra de la investigación, se pudo realizar el siguiente análisis descriptivo.

### 19.1 DISTRIBUCIÓN DEMOGRÁFICA DE LA MUESTRA SEGÚN EL GÉNERO

En la variable género se encontró una diferencia significativa, ya que el 73% (247) de la muestra lo conforman participantes del sexo femenino, mientras que el 27% (93) está compuesto con participantes del sexo masculino.

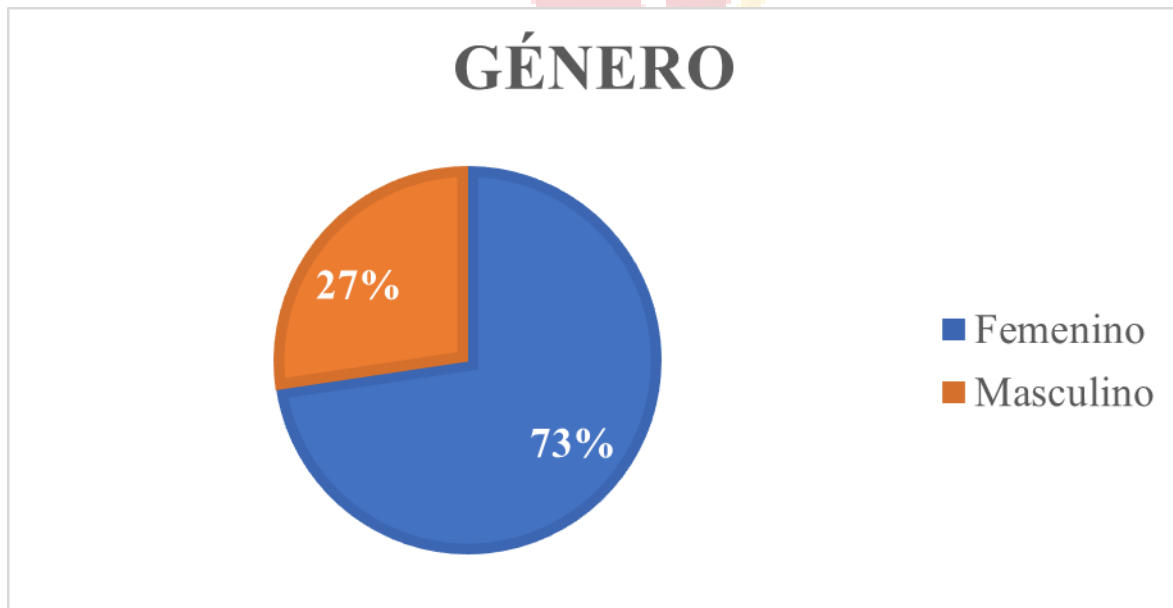


Figura 6. Representación gráfica de la distribución de la muestra según el género *Fuente:* propia del autor

Tabla 1.

Distribución de la muestra según el género.

Género	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Femenino	247	73	73	73
Masculino	93	27	27	100
Total	340	100	100	

### 19.1.1 Distribución demográfica del género de la muestra según el nivel de Ansiedad

#### Severa.

En la muestra se encontró que 11 participantes al momento de la aplicación de la escala de ansiedad de Hamilton se encontraban con un nivel de Ansiedad Severa. En la ilustración se puede evidenciar que el 64%, es decir 7 participantes pertenecen al género femenino, mientras que el 36% (4) al género masculino.

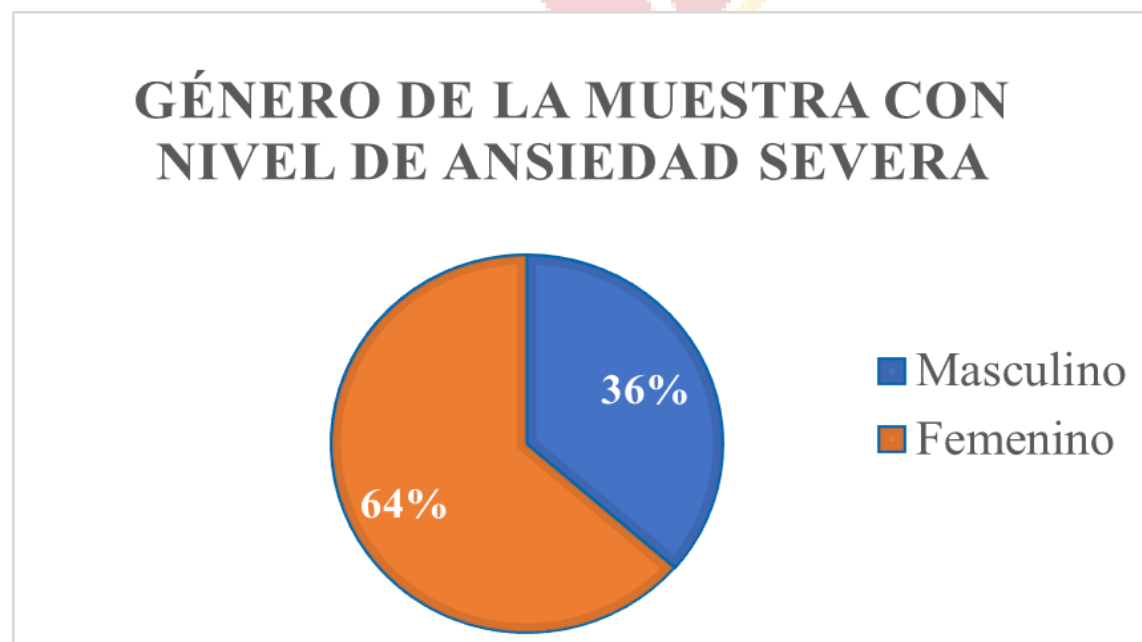


Figura 7. Representación gráfica de la distribución demográfica del género de la muestra según el nivel de Ansiedad Severa *Fuente:* propia del autor

### 19.1.2 Distribución demográfica del género de la muestra según el nivel de Ansiedad

#### Moderada.

De acuerdo con la siguiente ilustración podemos evidenciar que el análisis de los datos de la muestra arroja que un total de 29 personas se encontraban con un nivel de ansiedad moderado, divididos entre 76% (22) del sexo femenino y el 24% (7) del sexo masculino.

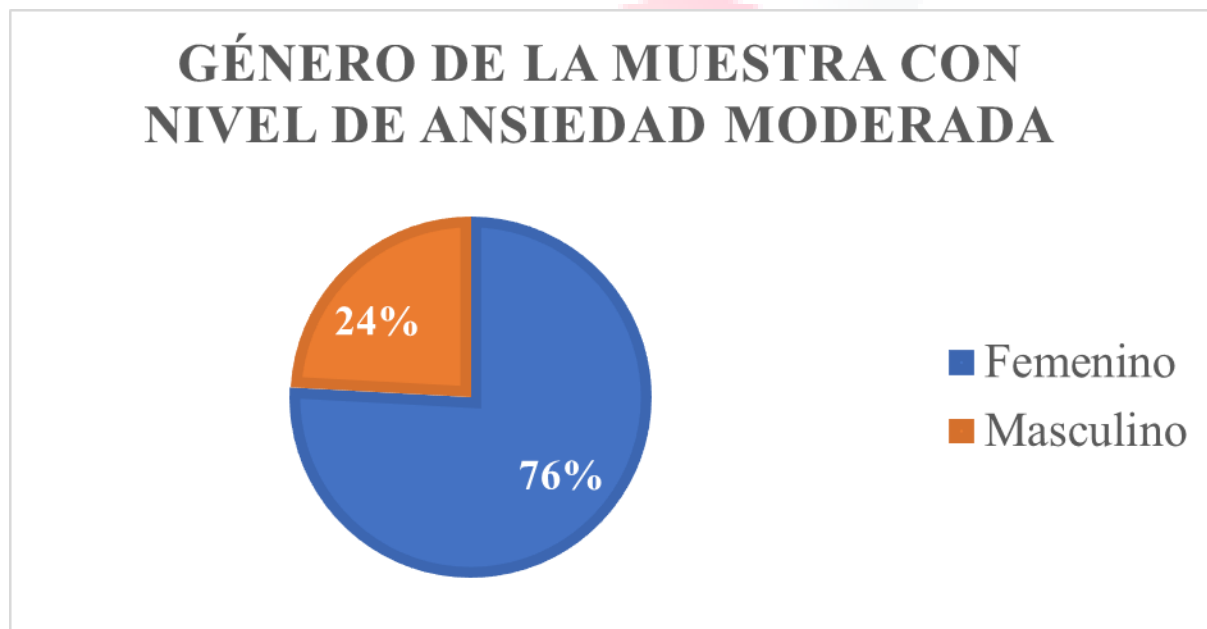


Figura 8. Representación gráfica de la distribución demográfica del género de la muestra según el nivel de Ansiedad Moderada Fuente: propia del autor

### 19.1.3 Distribución demográfica del género de la muestra según el nivel de Ansiedad Leve.

Como se puede entender en la siguiente gráfica, en la muestra los niveles de ansiedad leve fueron los que más predominaron, evidenciando así que el 73% de los participantes, es decir 205 personas pertenecientes al género femenino, mientras que el 27%, 74 personas pertenecen al género masculino se encontraban en un nivel de ansiedad leve en el momento de la aplicación de la escala

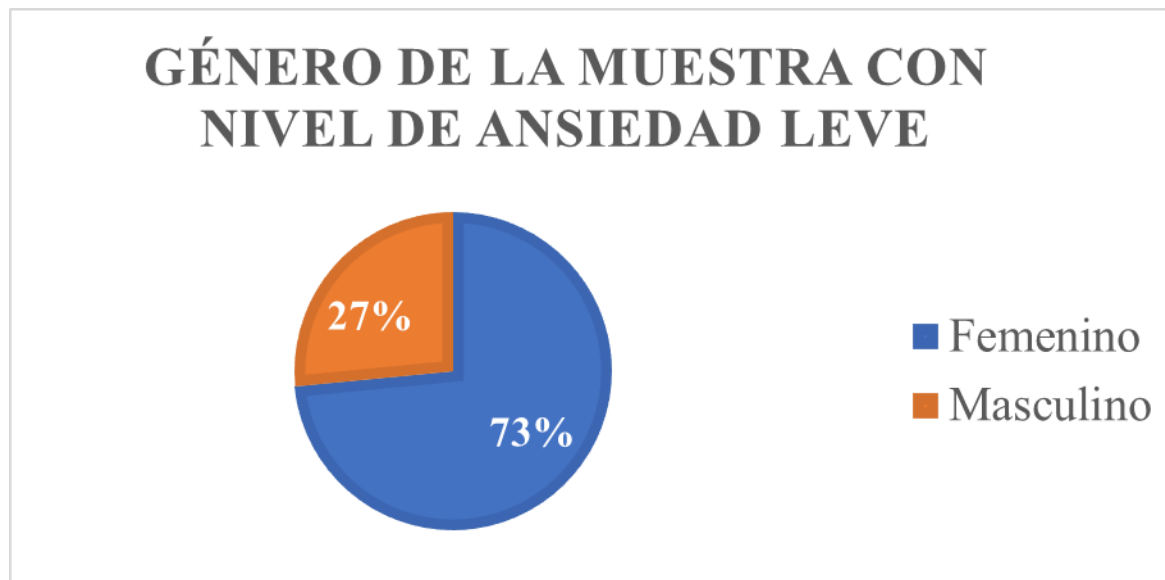


Figura 9. Representación gráfica de la distribución demográfica del género de la muestra según el nivel de Ansiedad leve Fuente: propia del autor

#### 19.1.4 Distribución demográfica del género de la muestra según el nivel Sin Ansiedad.

Teniendo en cuenta la siguiente gráfica, los resultados obtenidos según el nivel sin ansiedad fue un total de 21 personas, divididas entre un 73% (13) del género femenino mientras que el del género masculino fue de un 27% (8).

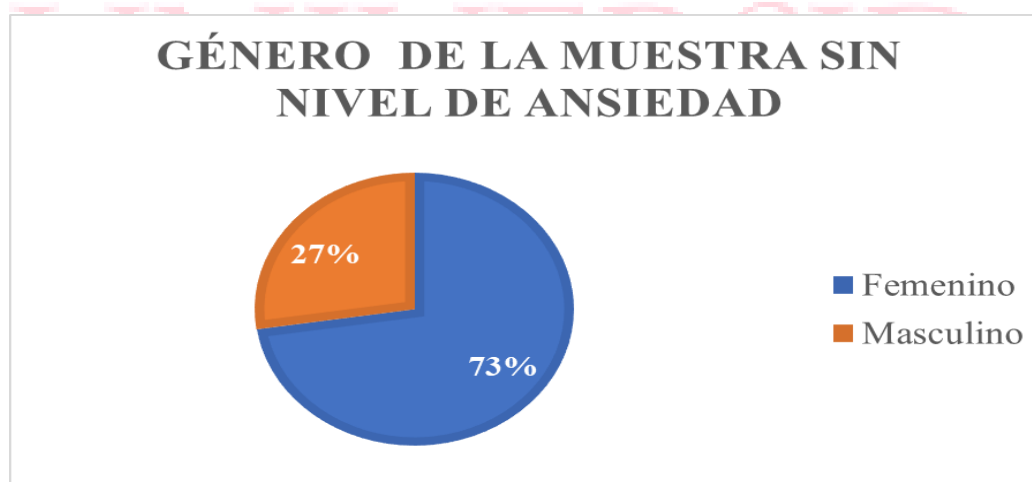


Figura 10. Representación gráfica de la distribución demográfica del género de la muestra sin ansiedad Fuente: propia del autor

Tabla 2

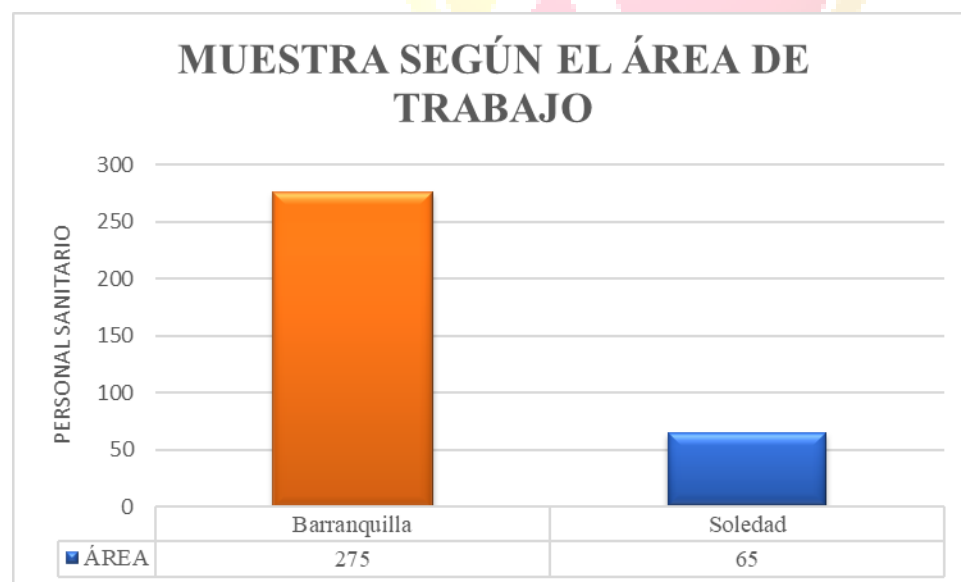
*Distribución de la muestra según el área de trabajo.*

Área de trabajo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Barranquilla	275	81	81	81
Soledad	65	19	19	100
Total	340	100	100	

*Fuente:* propia del autor

## 19.2 DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN EL ÁREA DE TRABAJO.

El área de trabajo con mayor predominancia fue Barranquilla con 81% (275) y Soledad con 19% (65) del personal sanitario.



*Figura 11.* Representación gráfica de la distribución de la muestra según el área de trabajo *Fuente:* propia del autor



### 19.2.1 Distribución de la muestra según el área de trabajo con nivel de Ansiedad Severa.

En este mismo contexto, la muestra según el área de trabajo con nivel de Ansiedad Severa tuvo un total 11 personas, como se ve reflejado en la ilustración, 8 (73%) personas trabajan en el área de Barranquilla, mientras que el 3 (27%) trabajan en Soledad.



Figura 12. Representación gráfica de la distribución de la Muestra según el área de trabajo con nivel de ansiedad severa Fuente: propia del autor

### 19.2.2 Distribución de la muestra según el área de trabajo con nivel de Ansiedad

#### Moderada

La siguiente ilustración evidencia la muestra según el área de trabajo con nivel de ansiedad moderada con un total de 29, distribuidos de la siguiente forma: el 72% (21) del personal sanitario se encuentra en el área de Barranquilla y el 28% (8) del personal sanitario se encuentra en el área de Soledad.



*Figura 13.* Representación gráfica de la distribución de la muestra según el área de trabajo con nivel de Ansiedad Moderada *Fuente:* propia del autor

### 19.2.3 Distribución de la muestra según el área de trabajo con nivel de Ansiedad Leve

La muestra según el área de trabajo con nivel de ansiedad leve tuvo mayor predominancia con un total de 279, divididos en la ciudad de Barranquilla con un total de personal sanitario de 81% (227) y en Soledad con un total de 19% (52).



*Figura 14.* Representación gráfica de la distribución de la muestra según el área de trabajo con nivel de ansiedad leve *Fuente:* propia del autor

#### 19.2.4 Distribución de la muestra según el área de trabajo sin nivel de Ansiedad.

Teniendo en cuenta la siguiente gráfica, que plasma la muestra según el área de trabajo sin nivel de ansiedad con un total de 21 personal sanitarios, entre el 90% (19) con área en Barranquilla mientras que el 10% (2) con área en Soledad.



Figura 15. Representación gráfica de la distribución de la muestra según el área de trabajo sin ansiedad Fuente: propia del autor

### 19.3 DISTRIBUCION DE LA MUESTRA SEGÚN LA EDAD

La muestra está conformada por 340 personas que hacen parte del personal sanitario, dentro de las edades oscilaron desde los 19 hasta los 70 años, distribuidos de la siguiente manera: la edad de 30 años tuvo mayor frecuencia con un total de 22 personas, le sigue las edades de 26 y 28 años con una frecuencia de 21 personas, las edades de 29 y 33 años con una frecuencia de 20 personas, en cuarto lugar, la edad de 36 años con una frecuencia de 16 personas, en quinto lugar la edad de 31 con una frecuencia de 15 personas, en sexto lugar las edades de 23,24 y 43 años con una frecuencia de 14 personas, en séptimo lugar, la edades de 34 y 35 años con una frecuencia de 12 personas, en octavo lugar la edad de 39 años con una frecuencia de 11 personas, en noveno lugar la edad de 32 años con una frecuencia de 10

personas, en décimo lugar las edades de 21,27,37 y 38 años con una frecuencia de 9 personas, seguido por la edad de 40 y 45 años con una frecuencia de 8 personas, la edad de 42 años con una frecuencia de 7 personas, siguiendo por la edades de 25 y 41 años con una frecuencia de 6 personas, las edades de 22,46 y 48 con una frecuencia de 5 personas, por otro lado las edades de 19,44 y 52 años con una frecuencia de 4 personas, asimismo las edades de 50 y 57 años con una frecuencia de 3 personas, las edades de 49,54 y 58 años con una frecuencia de 2 personas y finalmente las edades de 47,51,53,55,56,59,61 y 70 años solo tuvieron una frecuencia de 1 persona. La edad promedio del total de la muestra es de 40.71 años.



Figura 16. Distribución demográfica de las edades de la muestra Fuente: propia del autor

Tabla 3.

*Distribución demográfica de las edades de la muestra según los niveles de ansiedad.*

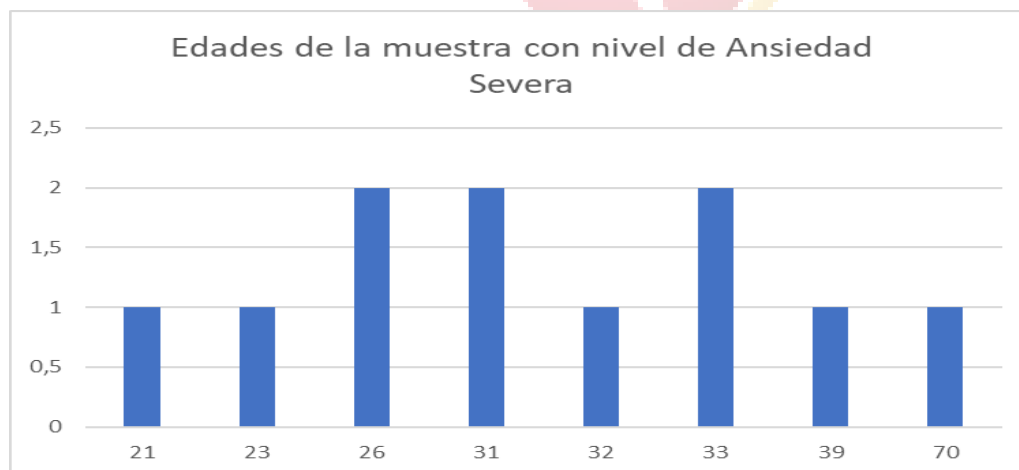
Edades	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
19	4	1%	1%	1%
21	9	3%	3%	4%
22	5	1%	1%	5%
23	14	4%	4%	9%
24	14	4%	4%	13%
25	6	2%	2%	15%
26	21	6%	6%	21%
27	9	3%	3%	24%
28	21	6%	6%	30%
29	20	6%	6%	36%
30	22	6%	6%	42%
31	15	4%	4%	47%
32	10	3%	3%	50%
33	20	6%	6%	56%
34	12	4%	4%	59%
35	12	4%	4%	63%
36	16	5%	5%	67%
37	9	3%	3%	70%
38	9	3%	3%	73%
39	11	3%	3%	76%
40	8	2%	2%	78%
41	6	2%	2%	80%
42	7	2%	2%	82%
43	14	4%	4%	86%
44	4	1%	1%	87%
45	8	2%	2%	90%
46	5	1%	1%	91%
47	1	0%	0%	92%
48	5	1%	1%	93%
49	2	1%	1%	94%
50	3	1%	1%	95%
51	1	0%	0%	95%
52	4	1%	1%	96%
53	1	0%	0%	96%
54	2	1%	1%	97%
55	1	0%	0%	97%

56	1	0%	0%	97%
57	3	1%	1%	98%
58	2	1%	1%	99%
59	1	0%	0%	99%
61	1	0%	0%	100%
70	1	0%	0%	100%
Total	340	100%	100%	

*Fuente:* propia del autor

### 19.3.1 Distribución de la muestra según la edad con nivel de Ansiedad Severa

En lo que corresponde a la variable edad del personal sanitario que sus resultados arrojaron el nivel de Ansiedad Severa, se encontró que las edades de 26,21 y 33 años tuvieron una frecuencia de 2 personas y las edades 21,23,32,39 y 70 tuvieron una frecuencia de 1 persona. El promedio de edad según el nivel de Ansiedad Severa es de 34.37 años.



*Figura 17.* Representación gráfica de la edad de la muestra según el nivel de Ansiedad Severa *Fuente:* propia del autor

### 19.3.2 Distribución de la muestra según la edad con nivel de Ansiedad Moderada

La edad del personal sanitario con Ansiedad Moderada se divide en las edades de 21,29,36 y 43 con frecuencia de 3 personas, seguido de las edades de 30,33 y 34 con una frecuencia de dos personas y finalmente las edades de 23,24,25,26,27,35,37,40,47,48 y 52. Con una frecuencia de 1 persona. Cabe resaltar que esta frecuencia fue la que obtuvo mayor predominancia que las demás. La edad promedio del personal sanitario con nivel de Ansiedad Moderada fue de 33,88.

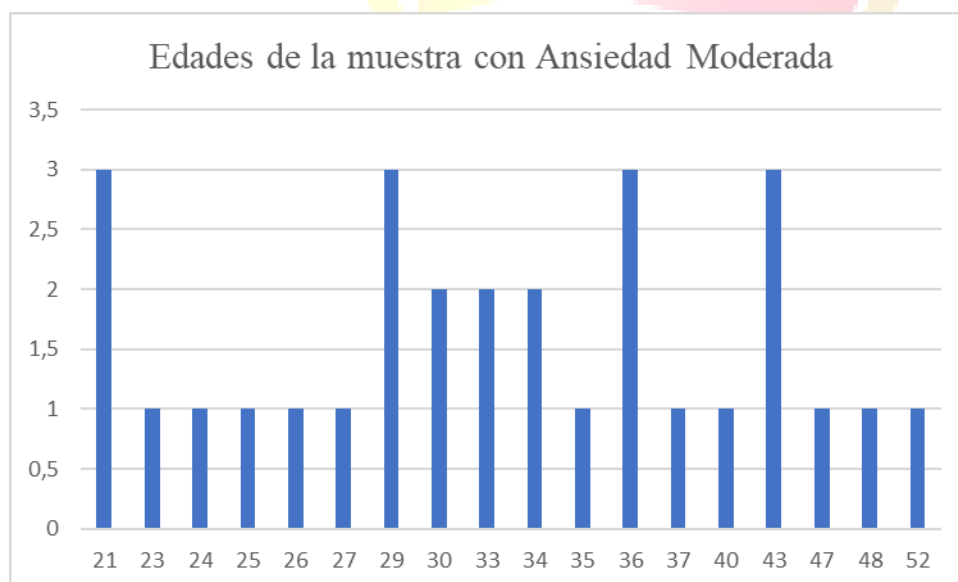


Figura 18. Representación gráfica de las edades de la muestra con Ansiedad Moderada Fuente: propia del autor

### 19.3.3 Distribución de la muestra según la edad con nivel de Ansiedad Leve

La muestra del personal sanitario en lo que corresponde al nivel de Ansiedad leve, se encontró que la edad de 30 años tuvo mayor predominancia con una frecuencia de 20 personas, seguido de la edad de 28 años con una frecuencia de 19 personas, posteriormente la

edad de 26 años con una frecuencia de 17 personas, las edades de 29,33 años con una frecuencia de 16 personas, la edad de 36 años sigue con una frecuencia de 13 personas, la edad de 23 años con una frecuencia de 12 personas, seguido de las edades de 24,31 y 35 con una frecuencia de 11 personas, las edades de 34 y 43 años con una frecuencia de 10 personas, las edades de 38 y 39 con una frecuencia de 9 personas, posteriormente le sigue las edades de 32,37 y 45 años con una frecuencia de 8 personas, la edad de 27 años con una frecuencia de 7 personas, las edades de 40 y 41 años con una frecuencia de 6 personas, las edades de 21 y 22 con una frecuencia de 5 personas, las edades de 25,42,44 y 46 con una frecuencia de 4 personas, las edades de 19,48,50 y 57 con una frecuencia de 3 personas, las edades de 49,52,54 y 58 con una frecuencia de 2 personas y finalmente las edades de 51,53,55,56,59 y 61 con la frecuencia de 1 persona. La edad promedio de este nivel de ansiedad es de 39.82.



Figura 19. Representación gráfica de las edades de la muestra con nivel de Ansiedad Leve Fuente: propia del autor



#### 19.3.4 Distribución de la muestra según la edad sin nivel de Ansiedad

Tal como se observa en la siguiente representación gráfica, la edad de 31 años tuvo una frecuencia de 3 personas, mientras que las edades de 28 y 33 años tuvieron una frecuencia de 2 personas y finalmente las edades de 24,25,26,27,29,32,39,40,42,43,46,48,52 y 62 años corresponden a la mayor predominancia con la frecuencia de 1 persona. El promedio de edad sin nivel de ansiedad es de 36,88.

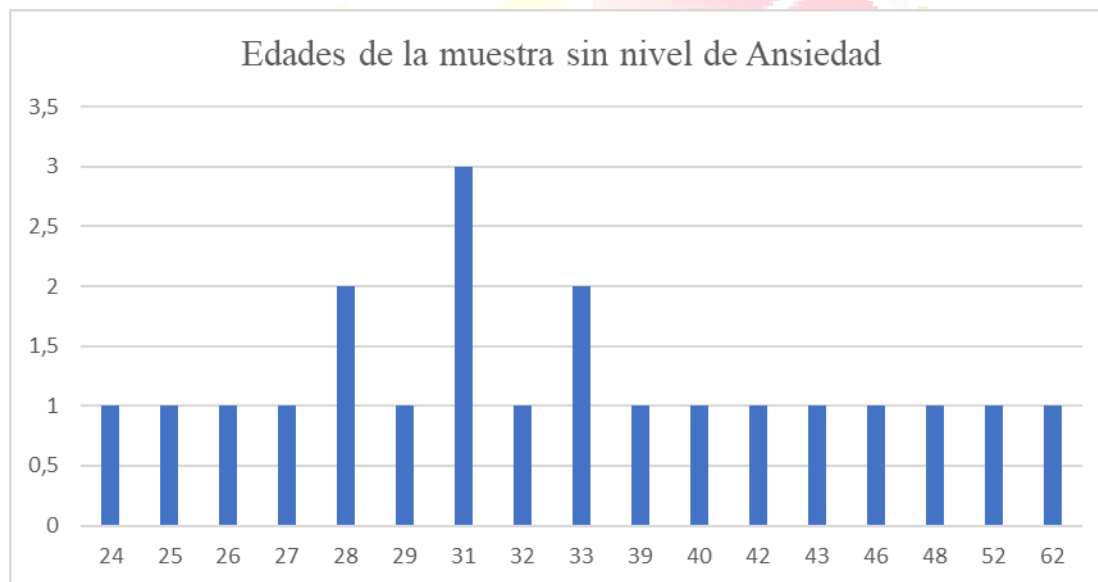


Figura 20. Representación gráfica de la muestra sin nivel de Ansiedad Fuente: propia del autor

#### 19.4 DISTRIBUCION DE LA MUESTRA SEGÚN EL SECTOR

El sector que tuvo mayor prevalencia fue el sector privado con un total de 96 % (325), mientras que el sector público con un 4% (15).

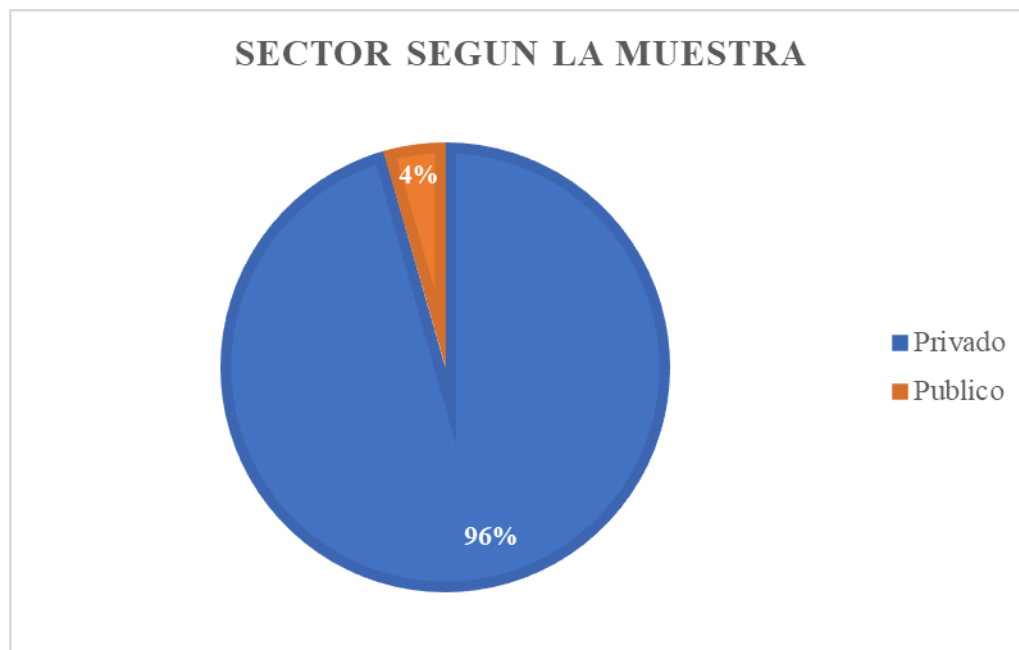


Figura 21. Representación gráfica del sector según la muestra *Fuente:* propia del autor

Tabla 4.

*Representación del sector de la muestra.*

Sector	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Publico	15	4%	4%	4%
Privado	325	96%	96%	100%
Total	340	100%	100%	

*Fuente:* propia del autor

#### 19.4.1 Distribución de la muestra según el sector con nivel de Ansiedad Severa

Como se ve reflejado en la representación gráfica el sector según el nivel de Ansiedad Severa fue el sector privado con el 100% (11)

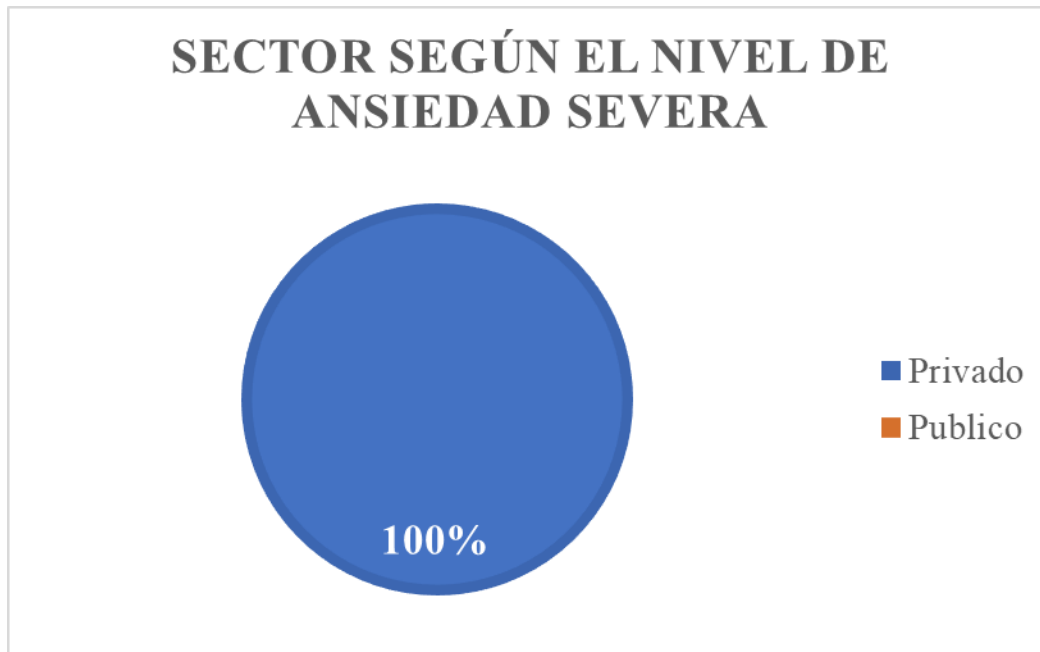


Figura 22. Representación gráfica del sector según el nivel de Ansiedad Severa Fuente: propia del autor

#### 19.4.2 Distribución de la muestra según el sector con nivel de Ansiedad Moderada

La representación gráfica indica que mayoritariamente el 93% (27) se encuentra en el sector privado mientras que solo el 7% (2) se encuentra en el sector público.

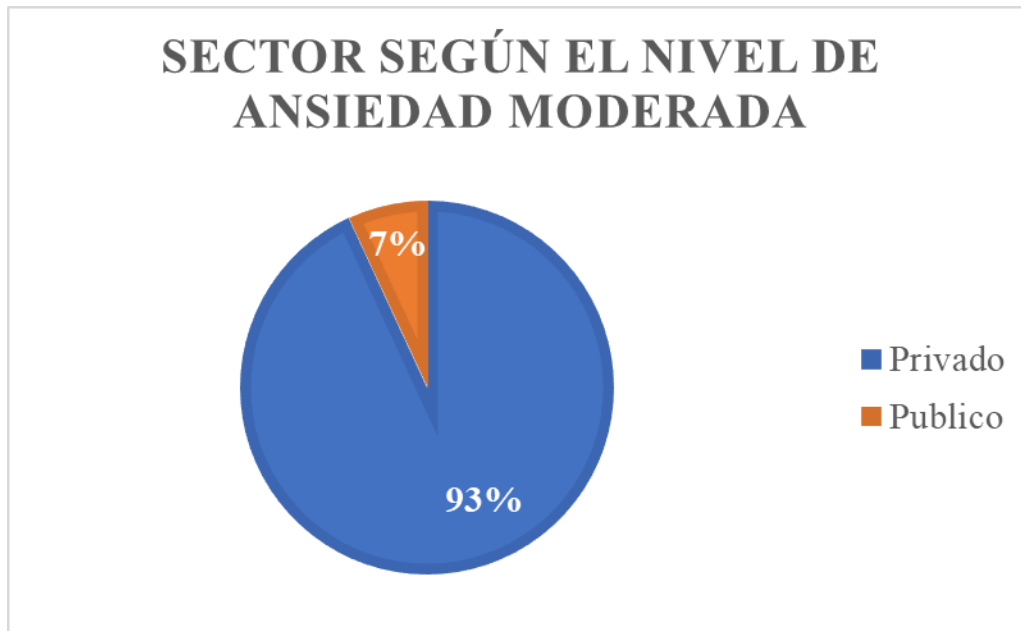


Figura 23. Representación gráfica del sector según el nivel de Ansiedad Moderada *Fuente:* propia del autor

#### 19.4.3 Distribución de la muestra según el sector con nivel de Ansiedad Leve

En relación con el sector en que se encuentra su lugar de trabajo el nivel de Ansiedad leve se observa que tuvo mayor predominancia el sector privado con el 95% (266) personas y el sector público con 5% (13) personas.

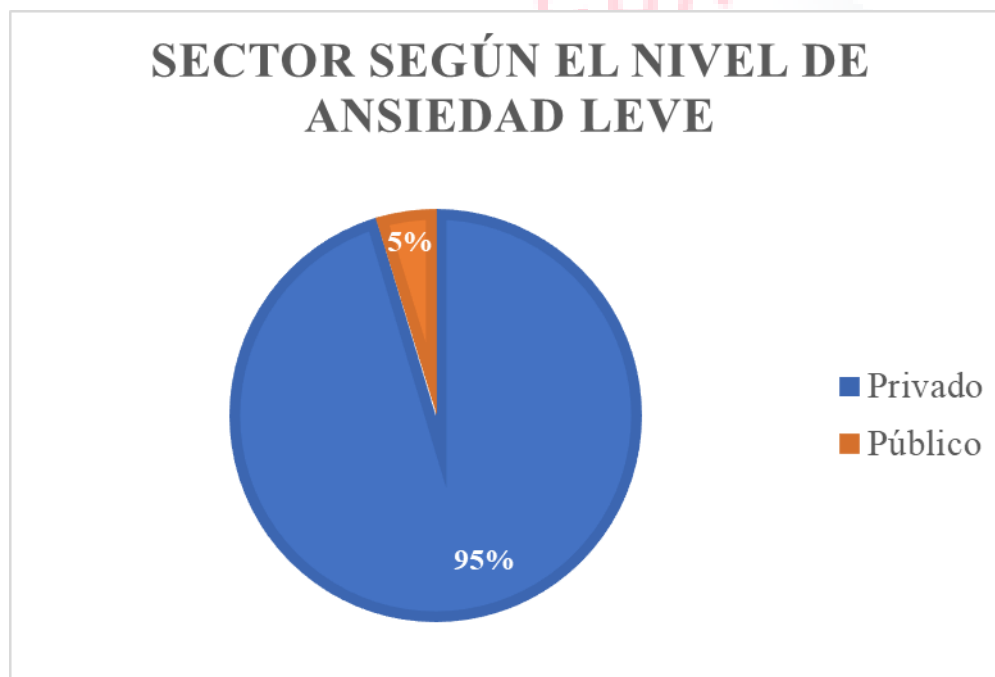


Figura 24. Representación gráfica del sector según el nivel de Ansiedad leve *Fuente:* propia del autor

#### 19.4.4 Distribución de la muestra según el sector sin nivel de Ansiedad.

Tal como se ve reflejado en la siguiente grafica la totalidad fue del 100% (21) pertenecen al sector privado.

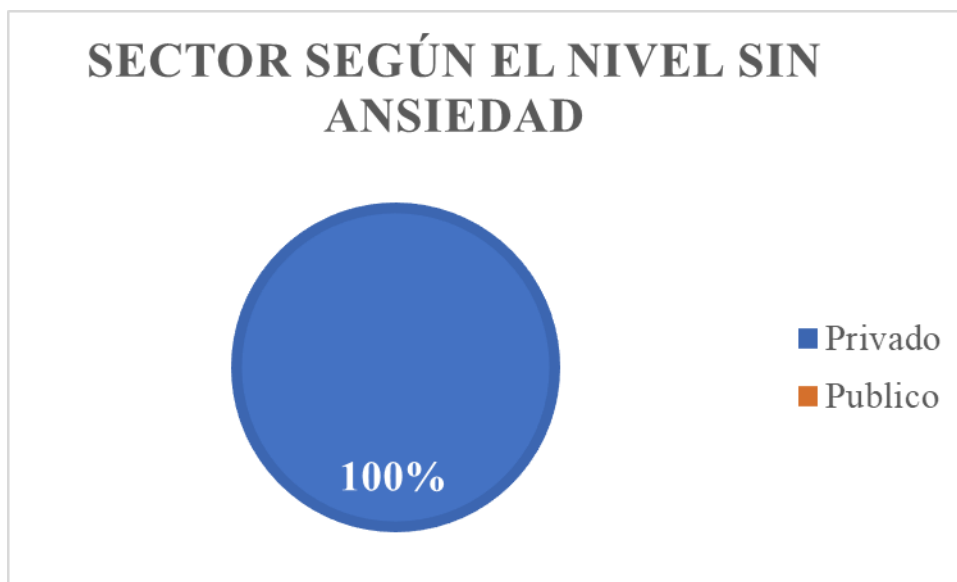


Figura 25. Representación gráfica del sector según sin nivel de ansiedad *Fuente:* propia del autor

### 19.5 DISTRIBUCION DE LA MUESTRA SEGÚN EL LUGAR DONDE LABORA

La muestra total está conformada por 340 personas de las cuales la mayor predominancia está en la Clínica La Misericordia Internacional con una frecuencia de 224 personas, en segundo lugar el Hospital Universidad del Norte con una frecuencia de 61 personas, en tercer lugar la Clínica de la Costa con una frecuencia de 10 personas, en cuarto lugar la Clínica General del Norte con una frecuencia de 9 personas, en quinto lugar el Camino La Manga con una frecuencia de 5 personas, en sexto lugar la Clínica Bonnadona Prevenir con una frecuencia de 3 personas, seguido de las siguientes: Camino Bosque de María, Centro Cancerológico del Caribe CECAC, Clínica Iberoamérica y Sura con una frecuencia de 2 personas. Y finalmente las siguientes: Altamed IPS, AMI, Camino Murillo Barranquilla, Camino Simón Bolívar, Clínica Adela de Char, Clínica Altos del Prado, Clínica San Martín, Clínica San Vicente, Hospital General de Barranquilla, Hospital Niño Jesús, Hospice IPS, Hospital Universitario CARI, IPS Nueva Vida, Mi Red Barranquilla, Ostotal, Paso Buena

Esperanza, Paso Las Malvinas, Promosalud IPS, Salud total EPS y Serfar con una frecuencia de 1 persona.



Tabla 5.

*Distribución del lugar donde labora de la muestra.*

Lugar donde labora	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Altamed IPS	1	0%	0%	0%
AMI	1	0%	0%	0%
Camino Bosque de María	2	1%	1%	1%
Camino La Manga	5	1%	1%	2%
Camino Murillo Barranquilla	1	0%	0%	3%
Camino Simón Bolívar	1	0%	0%	3%
Centro Cancerológico del Caribe CECAC	2	1%	1%	4%
Clínica Adela de Char	1	0%	0%	4%
Clínica Altos del Prado	1	0%	0%	4%
Clínica Bonnadona Prevenir	3	1%	1%	5%
Clínica de la Costa	10	3%	3%	8%
Clínica General del Norte	9	3%	3%	11%
Clínica Iberoamérica	2	1%	1%	11%

Clínica La Misericordia Internacional	224	66%	66%	77%
Clínica San Martín	1	0%	0%	77%
Clínica San Vicente	1	0%	0%	78%
Hospice IPS	1	0%	0%	78%
Hospital General de Barranquilla	1	0%	0%	78%
Hospital Niño Jesús	1	0%	0%	79%
Hospital Universidad del Norte	61	18%	18%	96%
Hospital Universitario CARI	1	0%	0%	97%
IPS Nueva Vida	1	0%	0%	97%
Mi Red Barranquilla	1	0%	0%	97%
OSTOTAL	1	0%	0%	98%
Paso Buena esperanza	1	0%	0%	98%
Paso Las Malvinas	1	0%	0%	98%
Promosalud IPS	1	0%	0%	99%
Salud Total EPS	1	0%	0%	99%
Serfar	1	0%	0%	99%
Sura	2	1%	1%	100%
Total	340	100%	100%	

Fuente: propia del autor

### 19.5.1 Distribución de la muestra según el lugar donde labora con nivel de Ansiedad

#### Severa

A continuación, se presenta la gráfica del lugar donde labora el personal sanitario con el nivel de Ansiedad severa, nos permite identificar que la Clínica la Misericordia Internacional tuvo mayor prevalencia con 8 personas mientras que solo 3 personas laboran en el Hospital Universidad del Norte.



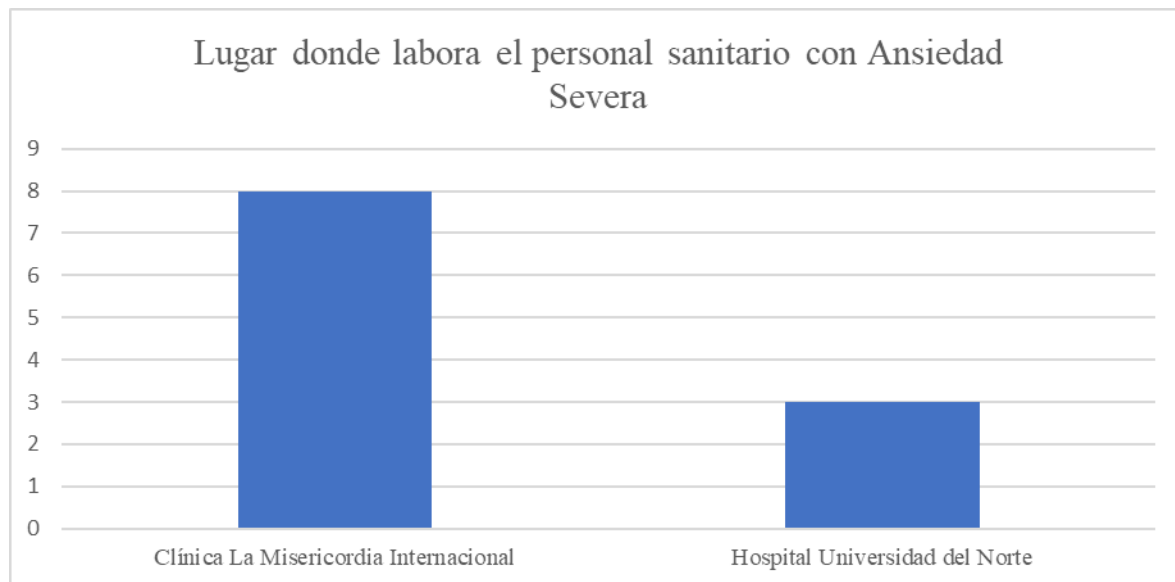


Figura 27. Representación gráfica del lugar donde labora el personal sanitario con nivel de Ansiedad Severa Fuente: propia del autor

### 19.5.2 Distribución de la muestra según el lugar donde labora con nivel de Ansiedad

#### Moderada

La siguiente representación gráfica nos permite identificar los lugares donde labora el personal sanitario con el nivel de Ansiedad moderada, de las cuales está conformado por: La Clínica La Misericordia Internacional con una frecuencia de 17 personas, seguido por el Hospital Universidad del Norte con una frecuencia de 8 personas y finalmente El camino Bosque de María, Clínica Bonnadona Prevenir, Clínica de la Costa y el Paso Las Malvinas con frecuencia de 1 persona.



*Figura 28. Representación gráfica del lugar donde labora el personal sanitario con nivel de Ansiedad Moderada*  
*Fuente: propia del autor*

### 19.5.3 Distribución de la muestra según el lugar donde labora con nivel de Ansiedad Leve

En cuanto al lugar donde labora el personal sanitario con nivel de ansiedad leve, en la siguiente representación gráfica se muestra la distribución de la siguiente manera: La Clínica Misericordia Internacional con una frecuencia de 182 personas, en segundo lugar, el Hospital Universidad del Norte con una frecuencia de 49 personas, seguidamente de la Clínica de la Costa y Clínica General del Norte con una frecuencia de 8 personas, el Camino La Manga con una frecuencia de 5 personas, posteriormente el Centro Cancerológico del Caribe CECAC, Clínica Bonnadona Prevenir, Clínica Iberoamericana, Hospice IPS y SURA con una frecuencia de 2 personas y por ultimo Altamed IPS, AMI, Camino Bosque de María, Camino Murillo Barranquilla, Camino Simón Bolívar, Clínica Adela de Char, Clínica Altos del Prado, Clínica San Martín, Clínica San Vicente, Hospital General de Barranquilla, Hospital Niño Jesús, Hospital Universitario CARI, IPS Nueva vida, Mi Red Barranquilla, Paso Buena esperanza, Salud Total EPS y Serfar con una frecuencia de 1 persona.

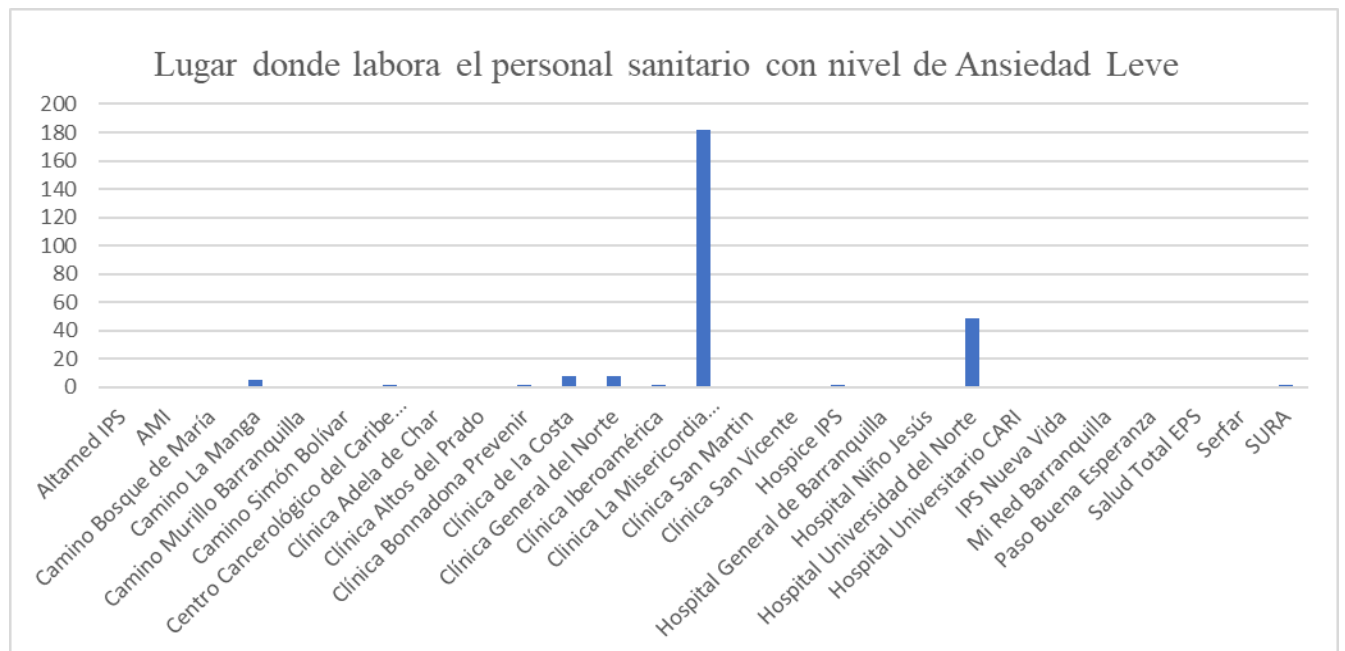


Figura 29. Representación gráfica del lugar donde labora el personal sanitario con el nivel de Ansiedad Leve  
Fuente: propia del autor

#### 19.5.4 Distribución de la muestra según el lugar donde labora sin nivel de Ansiedad

De acuerdo con lo observado, el lugar donde labora el personal sanitario sin nivel de Ansiedad esta inicialmente conformado por la Clínica La Misericordia Internacional con una frecuencia de 17 personas y la Clínica de la Costa, Hospital Universitario, OSTOTAL y Promosalud IPS con una frecuencia de 1 persona.



Figura 30. Representación gráfica del lugar donde labora el personal sanitario sin Ansiedad *Fuente:* propia del autor

## 19.6 DISTRIBUCION DE LA MUESTRA SEGÚN LA OCUPACIÓN

La ocupación más frecuente del total de la muestra corresponde a Auxiliar de enfermería con un total de 74 personas representado en un 22% , en segundo lugar la ocupación de Medico con un total de 66 personas representado en un 19%, en tercer lugar el Personal Administrativo con un total de 57 personas representado en un 17%, en cuarto lugar la ocupación de Enfermería con un total de 45 personas con un porcentaje de 13%, en quinto lugar Fisioterapeuta con 18 personas representado en un 5%, en sexto lugar el personal de Servicios Generales con 17 representado en un 5%, en séptimo lugar el Servicio Farmacéutico con un total de 15 personas representado en un 4%, en octavo lugar Auxiliar clínico con una frecuencia de 9 personas representado en un 3% , en noveno lugar la ocupación de Medico interno con total de 7 personas representado con un 2%, en décimo lugar la ocupación de Auditor con un total de 5 personas representado en un 1%, seguido de las siguientes ocupaciones como Auxiliar de trabajo social y bacteriología con una frecuencia de 4 personas

representado en un 1%, de igual manera las siguientes ocupaciones tales como Instrumentación quirúrgica, Nutrición y dietética y Psicología, por otro lado las ocupaciones de Ingeniero y Paramédico con una frecuencia de 2 personas representado en un 1% y finalmente Auxiliar de mantenimiento, Coordinador de esterilización y cirugía, Odontología, Supervisora de urgencias y tecnólogo biomédico con una frecuencia de 1 persona.

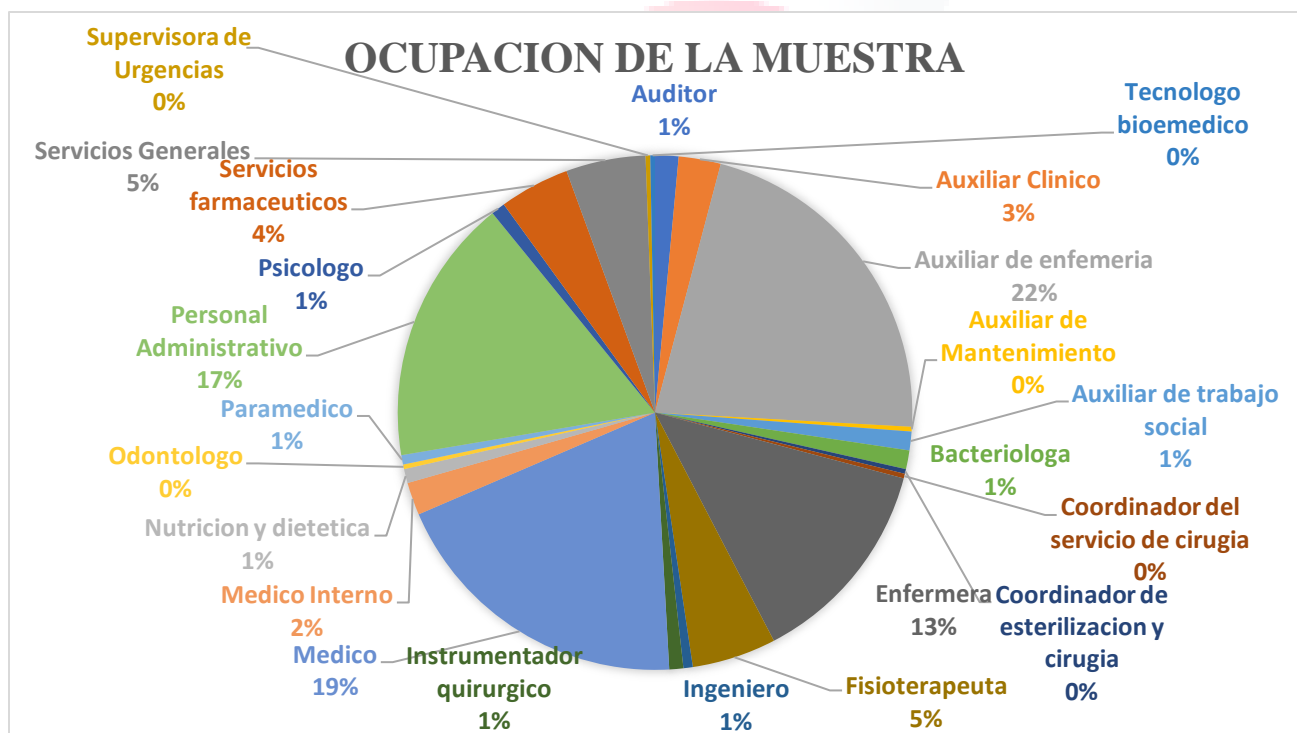


Figura 31 Distribución de la muestra según su ocupación *Fuente:* propia del autor

Tabla 6.

*Distribución de la ocupación de la muestra.*

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
Auditor	5	1%	1%	1%
Auxiliar Clínico	9	3%	3%	4%
Auxiliar de enfermería	74	22%	22%	25%
Auxiliar de Mantenimiento	1	0%	0%	26%
Auxiliar de trabajo social	4	1%	1%	27%
Bacterióloga	4	1%	1%	28%
Coordinador de esterilización y cirugía	1	0%	0%	28%
Coordinador del servicio de cirugía	1	0%	0%	29%
Enfermera	45	13%	13%	42%
Fisioterapeuta	18	5%	5%	47%
Ingeniero	2	1%	1%	48%
Instrumentador quirúrgico	3	1%	1%	49%
Medico	66	19%	19%	68%
Médico Interno	7	2%	2%	70%
Nutrición y dietética	3	1%	1%	71%
Odontólogo	1	0%	0%	71%
Paramédico	2	1%	1%	72%
Personal Administrativo	57	17%	17%	89%
Psicólogo	3	1%	1%	90%
Servicios farmacéuticos	15	4%	4%	94%
Servicios Generales	17	5%	5%	99%
Supervisora de Urgencias	1	0%	0%	99%
Tecnólogo biomédico	1	0%	0%	100%
Total	340	100%	100%	

*Fuente:* propia del autor**19.6.1 Distribución de la muestra según la ocupación con nivel de Ansiedad Severa**

Se observa que la ocupación predominante en este nivel de Ansiedad son los médicos con un 37% con una frecuencia (4), seguido del Médico Interno 18% y Auxiliar de Enfermería 18% ambos con una frecuencia de (2) y el Personal Administrativo 9% con una frecuencia de

(1), Servicios generales 9% con una frecuencia de (1) y Auxiliar clínico 9% con una frecuencia de (1).

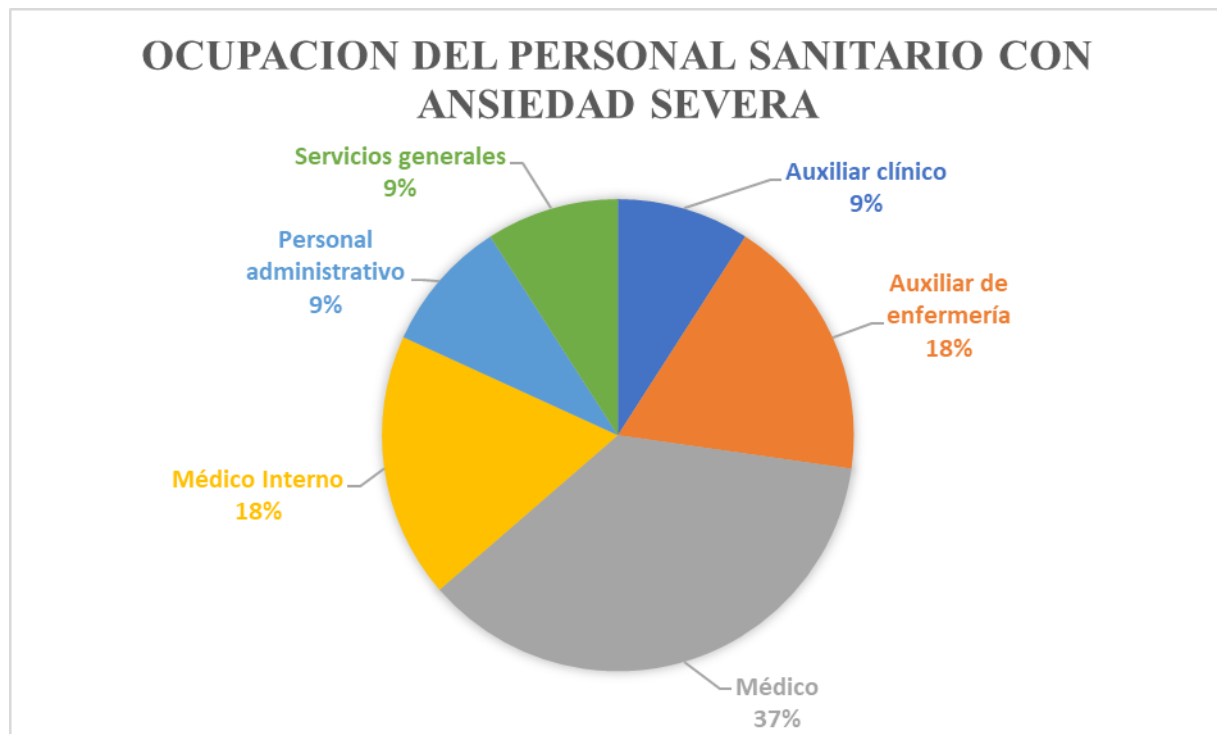


Figura 32. Representación gráfica de la Ocupación del personal sanitario con el nivel de Ansiedad Fuente: propia del autor

### 19.6.2 Distribución de la muestra según la ocupación con nivel de Ansiedad Moderada

La ocupación del personal sanitario con nivel de Ansiedad moderada está conformada por:

Auxiliar de enfermería 28% con una frecuencia de 8 personas, Médico con un 17% (5) seguido por Enfermera/o 14% y Personal Administrativo 14% ambos con una frecuencia de 4 personas, Instrumentador quirúrgico 7% con una frecuencia de 2 personas y las profesiones de Auxiliar clínico y Auxiliar de mantenimiento con un 4% y finalmente Ingeniero, Médico Interno, Psicólogo y Servicios Farmacéuticos todos con 3% una frecuencia de 1 persona.

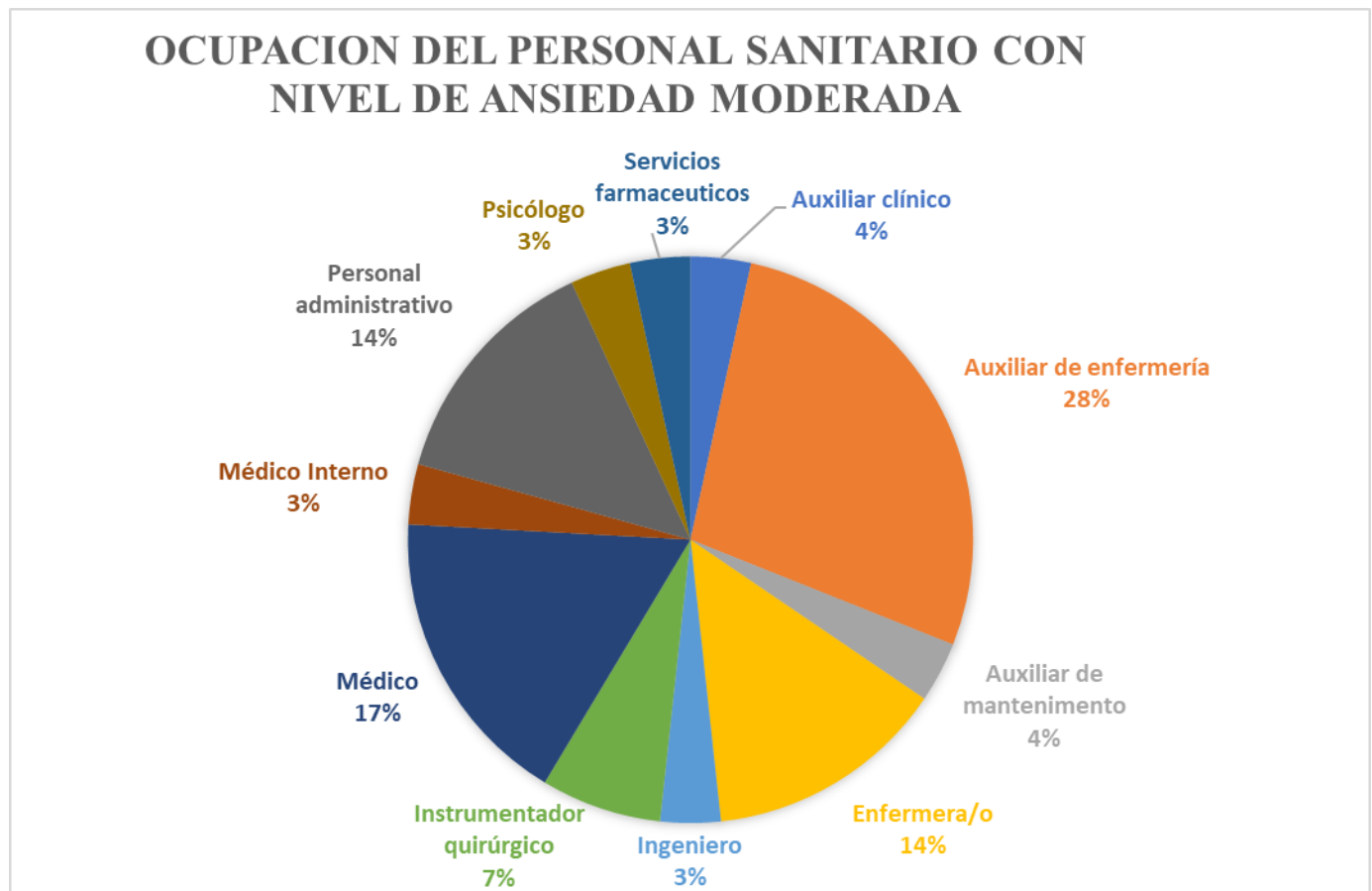


Figura 33. Representación gráfica de la ocupación del personal sanitario con nivel de ansiedad moderada Fuente: propia del autor

### 19.6.3 Distribución de la muestra según la ocupación con nivel de Ansiedad Leve

En relación con la ocupación del personal sanitario según el nivel de Ansiedad leve, está distribuido de la siguiente manera: Auxiliar de enfermería con mayor predominancia de 21% con una frecuencia de (59) personas, en segundo lugar Médico 19% con una frecuencia de (53) personas, en tercer lugar el personal Administrativo 17% con una frecuencia de (47) personas, seguido de Enfermera/o 14% con una frecuencia de (39) personas, Fisioterapeuta con 7% frecuencia de (17) personas, Servicios generales 6% con una frecuencia de (16) personas, Servicios farmacéuticos con 5% frecuencia de (13)



personas, seguido de Auditor 2% frecuencia de (5) personas, Auxiliar clínico, Auxiliar de trabajo social, Bacterióloga y Médico Interno con 1% cada uno con frecuencia de (4) personas, Nutrición y dietética con una frecuencia de (3) personas, del mismo modo las ocupaciones de Instrumentador quirúrgico, Paramédico y Psicólogo con frecuencia de (2) personas y finalmente Coordinador de esterilización y cirugía, coordinador del servicio de cirugía, Ingeniero, Supervisora de Urgencias y Tecnólogo Biomédico con frecuencias de (1) persona.

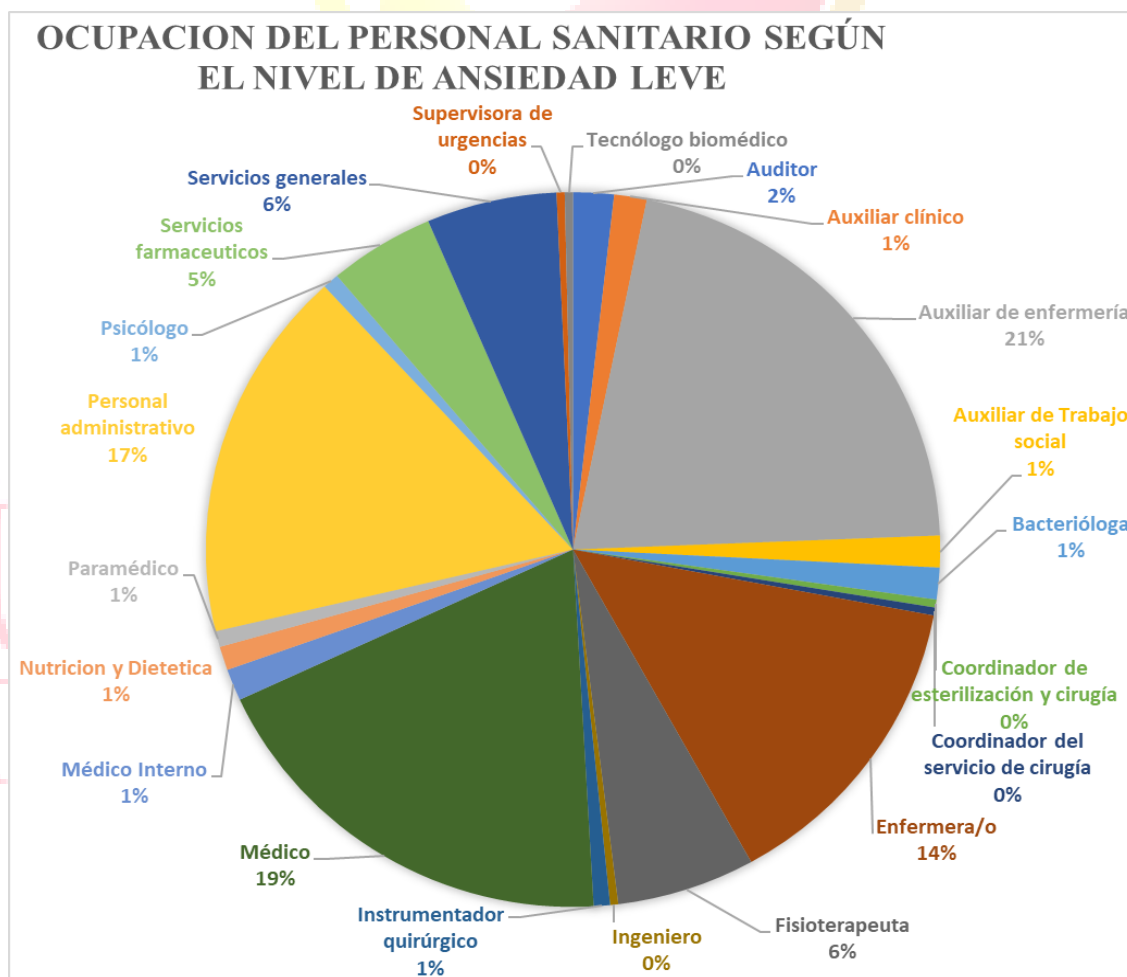


Figura 34. Representación gráfica de la ocupación del personal sanitario con nivel de ansiedad leve Fuente: propia del autor

#### 19.6.4 Distribución de la muestra según la ocupación sin nivel de Ansiedad

En cuanto a la ocupación del personal sanitario sin nivel de Ansiedad, se puede observar que el 24% corresponde a Auxiliar de enfermería y el personal administrativo con una frecuencia de (5) personas, seguido de Auxiliar clínico con 14% frecuencia de (3) personas, Enfermera y Medico con un 9% frecuencia de (2) personas y finalmente Fisioterapeuta, Instrumentador Quirúrgico, Odontólogo y servicios Farmacéuticos con 5% y frecuencia de (1) persona.

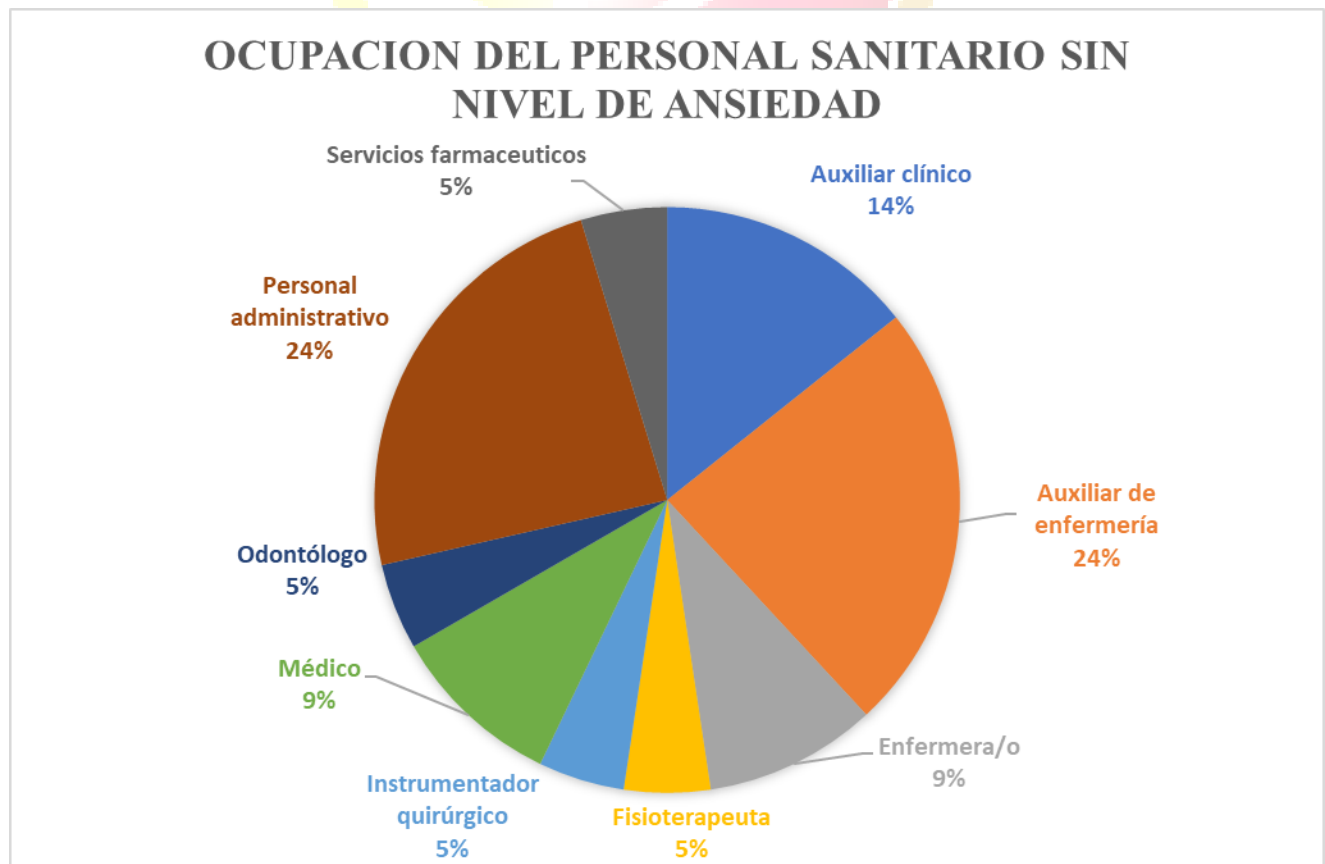


Figura 35. Representación gráfica de la Ocupación del personal sanitario sin ansiedad Fuente: propia del autor

### 19.7 DISTRIBUCION DE LA MUESTRA SEGÚN EL NIVEL DE ANSIEDAD DE LA ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

La siguiente representación gráfica podemos observar que el nivel de Ansiedad Severa tuvo una frecuencia de 11 personas, seguido del nivel de Ansiedad con una frecuencia de 29 personas, nivel de Ansiedad leve con una frecuencia de 279 personas y Sin Ansiedad con una frecuencia de 21 personas.

Se evidencia que el nivel de ansiedad más frecuente en la totalidad de la muestra es el de Ansiedad leve representado en un 82%, seguido de la Ansiedad Moderada con un 9%, Sin Ansiedad con 6% y finalmente el nivel de Ansiedad Severa con un 3%.

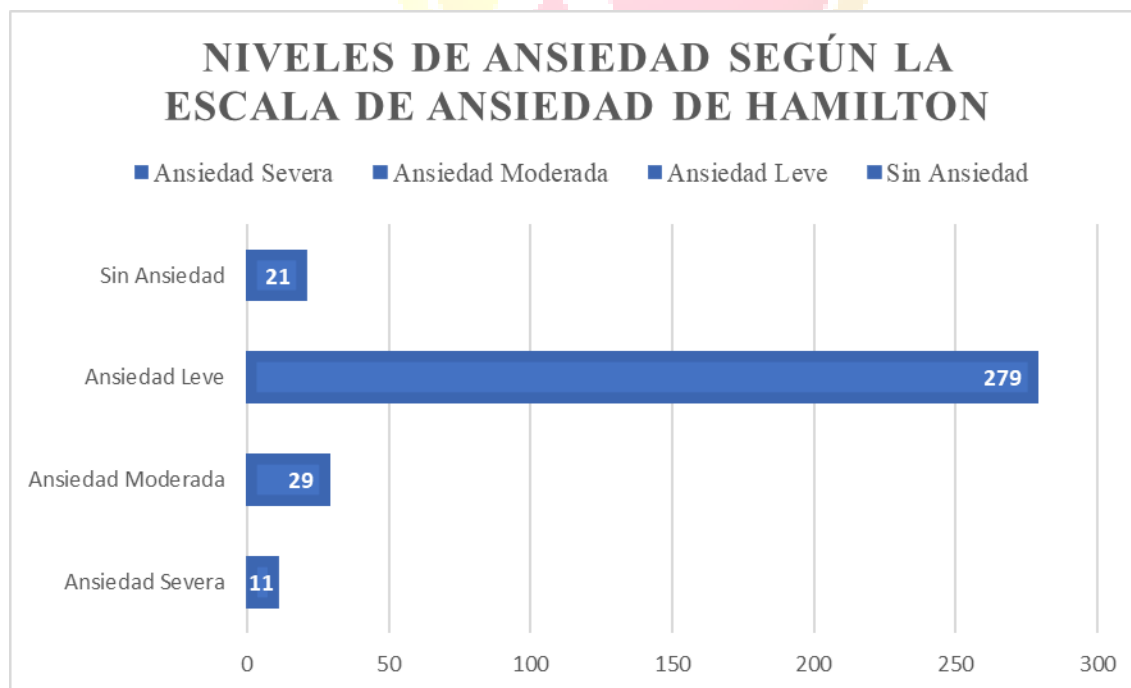


Figura 36. Representación gráfica de los niveles de ansiedad según la escala de Ansiedad de Hamilton Fuente: propia del autor

Tabla 7.

*Distribución de los niveles de ansiedad de la muestra.*

Nivel de Ansiedad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Sin ansiedad	21	6%	6%	6%
Leve	279	82%	82%	88%
Moderada	29	9%	9%	97%
Severa	11	3%	3%	100%
Total	340	100%	100%	

*Fuente:* propia del autor

## 20 Análisis y discusión de los resultados

Se realizó un análisis de estadísticas descriptivas para ilustrar las características demográficas y otras características seleccionadas de los encuestados, además del análisis de los resultados arrojados por la aplicación de la escala de ansiedad de Hamilton a través del programa de Microsoft Excel.

En la investigación se encontraron datos importantes sobre los niveles de ansiedad en personal sanitario y trabajadores de la salud propiamente, a los cuales se les puede ver afectada su desenvolvimiento no solo laboral, sino también social y familiar. Cabe resaltar que la ansiedad tiene bases biológicas, Según Sadin & Chorot (1995) citados por Piqueras y otros (2008), la ansiedad puede ser definida como: “una respuesta del organismo que se desencadena ante una situación de amenaza o peligro físico o psíquico, cuyo objeto es dotar al organismo de energía para anular o contrarrestar el peligro mediante una respuesta (conducta de huida o de agresión)” (p. 49).

El problema está cuando el individuo se ve sometido a constantes señales que son percibidas como amenazantes por parte del medio, llevándolo así a desarrollar una ansiedad Clínica con la sintomatología que la caracteriza.

Un estudio realizado en España por Dosil en el 2020, a través de la aplicación de la escala DASS-21 en una muestra de 421 participantes pertenecientes al departamento de salud de la CAPV y Navarra, concluyo que el personal sanitario que vive acompañado de una persona con una enfermedad crónica tiene mayores niveles de ansiedad al igual que las personas que han estado en contactos con personas infectadas con el virus (Dosil, Ozamiz, Redondo, Jaureguizar, & Picaza, 2020). La relación de los resultados de esta investigación realizada por Dosil en el 2020 y los Niveles de Ansiedad en el personal sanitario de Barranquilla y Soledad en tiempos de covid-19, esta principalmente enlazado con la siguiente afirmación: Las mujeres tiene mayor nivel de ansiedad que los hombres. A eso le agregamos que ambas investigaciones el sexo predominante de la muestra fue el femenino. En el caso del estudio de Dosis la muestra fue de 421 participantes de los cuales 338 pertenecen al sexo femenino y 83 pertenecen al sexo masculino, mientras que la investigación realizada en el presente trabajo la muestra fue de 340 participantes de los cuales 247 pertenecen al sexo masculino mientras que el 93 pertenecen al sexo masculino. Sobre la base de las consideraciones anteriores ambos estudios tuvieron una diferencia estadística significativa.

La mayor tendencia a la sintomatología ansiosa de las mujeres también ha sido apoyada por estudios previos, Lai J, Ma S, Wang Y en su investigación en el 2020 “Factores asociados con los resultados de salud mental entre los trabajadores de la salud expuestos a #COVID19” el papel de las mujeres específicamente enfermeras que atienden pacientes con sospecha o confirmación de covid-19 que están en Wuhan tienen alto riesgo de desarrollar resultados de

salud mental desfavorables y pueden necesitar apoyo psicológico o intervenciones. Cabe señalar que en esta investigación el total de la muestra fue de 1.257 trabajadores de la salud de 34 hospitales habilitados para pacientes con covid-19. De las cuales el 76,7% de todos los participantes eran mujeres. (Lai J, 2020)

Es así como en la literatura se puede evidenciar que una época pandemia puede resultar realmente estresante para el personal sanitario y que puede llevarlo a desencadenar algún tipo de trastorno mental, entre esos la ansiedad.

Con base a los resultados obtenidos en la aplicación de la escala de ansiedad de Hamilton, cuyo objetivo principal era evaluar los niveles de ansiedad en el personal sanitario que labora en Clínicas y hospitales de la ciudad de barranquilla y Soledad en tiempos de Covid 19, y con el propósito de enriquecer los resultados encontrados, se procedió a realizar un análisis comparativo de los diferentes datos obtenidos a través de Microsoft Excel.

En la *Figura 36*, se logra evidenciar que, de la muestra de 340 participantes, 279 al momento de la realización de la prueba puntuaron con ansiedad leve, 21 no tenía sintomatología ansiosa, 29 presentaban niveles de ansiedad moderada, mientras que 11 presentaban síntomas de ansiedad grave.

Según la distribución demográfica se obtuvo que 27% (93) de los participantes eran de sexo masculino, mientras que el 73% (247) pertenecían al sexo femenino. Según la *Figura 7*, de los 11 participantes con ansiedad grave el 36% pertenecen al sexo masculino, mientras que el 64% al sexo femenino.

En la *Figura 8* se logra apreciar que 29 personas se encontraban con un nivel de ansiedad moderado, divididos entre 76% (22) del sexo femenino y el 24% (7) del sexo masculino.

Mientras que en la *Figura 9* se evidencia que frente a la ansiedad leve el 73% de la muestra eran de sexo femenino, mientras que el 27% pertenecía al sexo masculino.

De acuerdo con los resultados presentados en la *Figura 32*, según la ocupación, se evidencia que el personal médico ocupa el 37% de los niveles de ansiedad grave, en la *Figura 33* aparece la mayor incidencia del 28% de ansiedad moderada para el personal de enfermería y en la *Figura 34*, el personal administrativo con el 17% para ansiedad leve.

Según los datos obtenidos se puede concluir que en todas las incidencias el sexo femenino ocupó el mayor porcentaje en niveles de ansiedad, concluyendo así que las mujeres pertenecientes a la muestra de estudio tienen mayor nivel de ansiedad, en comparación a los sujetos de sexo masculino.

Los resultados arrojados por la presente investigación contrastan con los datos obtenidos por Rei y Do Perpétuo en el 2020, realizaron una investigación en la literatura publicada en diferentes bases de datos, con el propósito de mapear las enfermedades mentales en la población general y en profesionales de la salud durante la pandemia de Covid-19. Con los datos encontrados concluyeron que la pandemia de Covid-19 desencadenó, con mayor frecuencia, trastornos de ansiedad, depresión, estrés y estrés postraumático en la población general y los profesionales de la salud. Además de lo anterior indicaron que las mujeres, los estudiantes y las enfermeras se encuentran entre los más afectados

## 21 Conclusiones

---

De acuerdo con los resultados obtenidos de este estudio, se puede concluir que:

1. La muestra de 340 participantes pertenecientes al personal sanitario que labora en clínicas y hospitales de Barranquilla y Soledad en tiempos de Covid 19, el 82% al momento de realizar la escala se encontraba con un nivel de ansiedad leve, el 9% con ansiedad moderada, el 3% con ansiedad severa, mientras que el 6% de la muestra se encontraba sin ansiedad.
2. El 73% de los participantes pertenecen al sexo femenino y el 27% corresponde al sexo masculino. Según los resultados obtenidos, de los 11 participantes con ansiedad severa, el 64% son del sexo femenino, en comparación al 36% que pertenece al sexo masculino.
3. Según el área de trabajo de la muestra el 81% se encuentra en Barranquilla y el 19% en Soledad. Predomina el sector privado con un 96% (325) de los participantes, en comparación con el sector público con un 4% (15).
4. Por otra parte se evidencia que según la ocupación los niveles de ansiedad varían. Se encontró que de los 11 participantes con ansiedad severa el 37% lo ocuparon los médicos, seguidos de los Médicos internos y los auxiliares de enfermería con el 18% respectivamente. Con ansiedad moderada el primer puesto lo obtuvo la ocupación auxiliar de enfermería con el 28%, seguido del médico con el 17% y el enfermero y personal administrativo con el 14%. Siguiendo con los niveles de ansiedad leve, se encontró que de la muestra obtenida predominó el auxiliar de enfermería con el 21% de los resultados, seguido de los médicos con el 19% y el personal administrativo con el 17%.



## 22 Recomendaciones

---

Con el fin de contribuir a investigaciones posteriores, se proponen las siguientes recomendaciones:

- Por parte de la secretaria de salud del departamento del Atlántico crear programas de intervención para mitigar los efectos psicológicos que produce, no solo la exposición a pacientes con covid-19, sino a cualquier tipo de enfermedad que es altamente infectocontagiosa y que puede llegar a representar un peligro inminente para el personal sanitario que labora dentro de las clínicas u hospitales.
- Motivar a la comunidad científica del Atlántico a realizar estudios con esta temática. De igual forma a las diferentes entidades como universidades, empresas y colegios evaluando los niveles de ansiedad en tiempos de pandemia. Y poder crear una red de apoyo, que si bien también afectada a toda la población tanto física como mentalmente.
- Se recomienda para próximas investigaciones evaluar estas variables psicológicas tal como lo es la Ansiedad, con una escala adaptada a la problemática mundial del covid-19, Así como preguntas que evalúe si el personal sanitario labora de primera línea con personas con el virus o no, si vive con personas de alto riesgo de comorbilidades para el virus, si el personal de la salud ha tenido o no el virus y si el personal ha tenido algún familiar con el virus.
- Replicar el estudio teniendo en cuenta la experiencia del personal sanitario y ampliar el número de la muestra a nivel de todos los municipios del Atlántico, para realizar comparativos de estas.

- Se sugiere para las próximas investigaciones tener en cuenta un equilibrio en la distribución del género de la muestra, cabe destacar que en este estudio el 73% pertenece al sexo femenino, mientras que solo el 27% pertenece al sexo masculino.



## 23 Anexos.

### 23.1 DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

- Nombre completo
- Edad
- Género: Femenino o masculino
- Ocupación
- Hospital o clínica donde labora
- Sector donde labora: Público o privada.

### 23.2 ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el participante. Todos los ítems deben ser puntuados de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia de este.

	0.	1.	2.	3.	4
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad.					
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.					
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.					
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.					

5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.					
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.					
7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.					
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.					

<p>9. Síntomas cardiovasculares.</p> <p>Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.</p>					
<p>10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea</p>					
<p>11. Síntomas gastrointestinales.</p> <p>Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborismos (ruidointestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.</p>					

12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.					
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)					
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial.  Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas					

enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.					
--	--	--	--	--	--



## 24 Referencias

- (ECDC), A. d. (2020). *Centro europeo para la prevencion y control de enfermedades*.
- Asmundson, G., & Taylor, S. (2020). How health anxiety influences responses to viral outbreaks like COVID-19: What all decision-makers, health authorities, and health care professionals need to know. *Journal of Anxiety Disorders*. doi:10.1016/j.janxdis.2020.102211
- Bandura, A. (1987). *Teoría del Aprendizaje Social*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Beck, A. (1976). *Terapia cognitiva y trastornos emocionales*. Pensilvania.
- Behar Rivero, D. S. (2008). *Introducción a la metodología de la investigación*. Shalom.
- Blanco, M., Imaz, J., Robles, Y., Laso, M., & Calvete, B. (2007). La ansiedad en el personal sanitario. *Enfermería en cardiología: revista científica e informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología*, 41-45. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4150273>
- Center for disease control and prevention . (2014). «Outbreak of Ebola in Guinea, Liberia, and Sierra Leone» .
- Centro de Investigaciones Clínicas y Traslacional, L. M. (2020). Barranquilla , Atlantico.
- Dosil, M., Ozamiz, N., Redondo, I., Jaureguizar, J., & Picaza, M. (2020). Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 1-7. Obtenido de <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1888989120300604>
- Dupley, L., Hossain, S., & Ghosh, S. (2020). Performance anxiety amongst trauma and orthopaedic surgical trainees. *ScienceDirect*. doi:10.1016/j.surge.2020.06.002
- Duro, J., & Tuells, J. (2015). The «gripe española» according to the newspaper España Médica (1918-1919). *Vacunas*, 16(2), 81-86. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-vacunas-72-articulo-la-gripe-espanola-segun-el-S1576988715000266>
- El espectador. (22 de abril de 2020). *Covid 19: Los dilemas de una asignacion etica de recursos medicos*. Obtenido de <https://www.elespectador.com/noticias/salud/covid-19-los-dilemas-de-una-asignacion-etica-de-recursos-medicos-columna-915887/>
- Ellis, A. (1990). *Manual de terapia racional-emotiva*. Bilbao: Editorial Desclée.
- Ellis, A. (2000). *Como controlar la ansiedad antes que lo controle a usted*. Barcelona: Paidós.
- Feldmann, H. y. (2011). Ebola haemorrhagic fever . *The lancet*, 849-862.
- Gail Wiscarz Stuart y Michelle L. (1996). *Revista de enfermería psiquiátrica principios y practicas*. España.

- García, M., Azpiroz, J., De la Fuente, Y., García, M., & González, B. (2007). *LA ANSIEDAD EN EL PERSONAL SANITARIO*. Obtenido de [https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4150273.pdf&ved=2ahUKEwjfs-\\_I0MfoAhVCdt8KHX6SBOQQFjAAegQIBxAB&usg=AOvVaw33rXUpE8ljRMjRFLJ2cvEB](https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4150273.pdf&ved=2ahUKEwjfs-_I0MfoAhVCdt8KHX6SBOQQFjAAegQIBxAB&usg=AOvVaw33rXUpE8ljRMjRFLJ2cvEB)
- García, O., Rojas, M., & Alvarez, A. (2019). Episodios graves y ansiedad en médicos becarios del Hospital General de Zona, Baja California Sur. *medicina general y de familia*, 141-145.
- Gardey, J. P. (2008). *Definicion de ansiedad*. Obtenido de (<https://definicion.de/ansiedad/>)
- Gardey, J. P. (2008). *DEFINICION DE ANSIEDAD*. Obtenido de <https://definicion.de/ansiedad/>.
- geographic, n. (2020). *La peste negra, la epidemia más mortífera*.
- Gordon J.G.Asmundson, S. (abril de 2020). How health anxiety influences responses to viral outbreaks like COVID-19: What all decision-makers, health authorities, and health care professionals need to know. *Journal of anxiety disorders* , 71.
- Haindl, A. L. (2010). La peste negra. Arqueología, historia y viajes sobre el mundo medieval. Obtenido de <http://edadmedia.cl/wordpress/wp-content/uploads/2011/04/LaPesteNegra.pdf>
- Hamilton, M. (1965). The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychiat*.
- Hamilton, M. (1969). The assessment of anxiety states. *Br J Med Psychol*.
- Huang, C. W. (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *The Lancet*, 497-506.
- Huang, Y., & Zhao, N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Research*. doi:10.1016/j.psychres.2020.112954
- Jacinto, A. R. (2017). Métodos científicos de indagación y de construcion de conocimiento. *Revista escuela de Administracion de negocios*, 1-26.
- Jungmann, S., Witthöft, & Michael. (2020). Health anxiety, cyberchondria, and coping in the current COVID-19 pandemic: Which factors are related to coronavirus anxiety? *Centro Nacional de Información Biotecnológica*. doi:10.1016 / j.janxdis.2020.102239
- Lai J, M. S. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open*.
- Leanne Dupley, S. H. (9 de Julio de 2020). Performance anxiety amongst trauma and orthopaedic surgical trainees. *The surgeon*, 1-6.
- León-Barúa. (1999). Del diagnóstico a la investigación en medicina. *Diagnostico*.

- Lopez, D. (9 de junio de 2020). *el tiempo*. Obtenido de 'La salud es mi vida, no sé hacer otra cosa': médico José Buelvas: <https://www.eltiempo.com/colombia/barranquilla/doctor-amenazado-jose-julian-buelvas-en-declaraciones-sobre-los-hechos-en-barranquilla-504956>
- Lu H, S. C. (2020). Outbreak of Pneumonia of Unknown Etiology in Wuhan China: the Mystery and the Miracle. . *J Med Virol*.
- Maria, M. D. (2020). Psychological impact of covid-19 on a sample of spanish health professionals. *Revista de psiquiatria y salud mental*.
- Martínez Ochoa, E. M. (2010). Evolution of the Virus Pandemic Flu (H1N1) 2009 in the Autonomous Community of La Rioja. *Revista Española de Salud Pública*, , 635-646.
- Mier, O. &. (2005). *Ansiedad ante la muerte en el personal sanitario: revisión de la literatura*. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1354208>
- MINSALUD. (Marzo de 2017). *GUIA METODOLOGICA PARA EL OBSERVATORIO NACIONAL DE SALUD MENTAL*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/guia-ross-salud-mental.pdf>
- MINSALUD. (2020). *Conozca la informacion relacionada con el coronavirus*. Obtenido de [https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/Covid-19\\_copia.aspx](https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/Covid-19_copia.aspx)
- MINSALUD. (21 de Junio de 2020). *CORONAVIRUS (COVID-19)*. Obtenido de <https://covid19.minsalud.gov.co/>
- MINSALUD. (2020). *Lineamientos para para abordar problemas y trastornos mentales en trabajadores de la salud en el marco del afrontamiento del coronavirus (COVID19)*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GPSG03.pdf>
- Moreira, W., Sousa, A., & Nóbrega, M. (2020). Adoecimento mental na população geral e em profissionais de saúde durante a covid-19: scoping review. *Texto y contexto - Enfermería*, 1-17. doi:<https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0215>
- National Geography. (25 de marzo de 2020). *gripe española: la primera pandemia global*. Obtenido de [https://historia.nationalgeographic.com.es/a/gripe-espanola-primer-pandemia-global\\_12836](https://historia.nationalgeographic.com.es/a/gripe-espanola-primer-pandemia-global_12836)
- OMS. (27 de abril de 2009). *Gripe por A (H1N1): preguntas frecuentes*. Obtenido de <https://www.who.int/csr/disease/swineflu/faq/es/>
- OMS. (2017). *Día Mundial de la Salud Mental*. Obtenido de [https://www.who.int/mental\\_health/es/](https://www.who.int/mental_health/es/)

- OMS. (mayo de 2017). *Preguntas frecuentes sobre la enfermedad por el virus del Ebola*.  
Obtenido de <https://www.who.int/csr/disease/ebola/faq-ebola/es/>
- OMS. (18 de septiembre de 2018). *Cáncer*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud. (201  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- OMS. (2020). *CORONAVIRUS*. Obtenido de <https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus>
- OMS. (10 de FEBRERO de 2020). *Enfermedad por el virus del Ebola*. Obtenido de  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ebola-virus-disease>
- OMS. (2020). *Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19)*.  
Obtenido de <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>
- OMS, O. m. (07 de marzo de 2020). *Declaración de la OMS tras superarse los 100 000 casos de COVID-19*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/detail/07-03-2020-who-statement-on-cases-of-covid-19-surpassing-100-000>
- OPS. (30 de Enero de 2020). *Organización Panamericana de la Salud*. Obtenido de  
[https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=15706:statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-2005-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-2019-ncov&Itemid=1926&lang=es#:~:text=G](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15706:statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-2005-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-2019-ncov&Itemid=1926&lang=es#:~:text=G)
- Payá G, E. (2009). La gripe española y los surrealistas. *Revista chilena de infectología*, , 26 (3)-247.
- Piqueras, J., Martínez, A., Ramos, V., Rivero, R., García, L., & Oblitas, L. (2008). ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y SALUD. *Suma Psicológica*, 15(1), 11-33. Obtenido de  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134212604002>
- Rojas Cairampoma, M. (2015). Tipos de Investigación científica: Una simplificación de la complicada incoherente nomenclatura y clasificación. *Revista electronica de veterinaria*, 1-14.
- rtve. (22 de Junio de 2020). *Coronavirus*. Obtenido de  
<https://www.rtve.es/noticias/20200623/mapa-mundial-del-coronavirus/1998143.shtml>
- Sadín, B., & Chorot, P. (1995). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. Madrid: McGraw-Hill.
- Salido, L. A. (2014). ANSIEDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN RELACION CON LA MUERTE DE SUS PACIENTES : COMPARATIVA UCI Y ONCOLOGIA. 40.
- Sarsosa, K., & Charria, V. (2018). Estrés laboral en personal asistencial de cuatro instituciones de salud nivel III de Cali, Colombia. *Universidad y Salud*, 1(20), 44-52. Obtenido de  
<http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v20n1/0124-7107-reus-20-01-00044.pdf>

- Saul, T. (2018). *Gripe española: la primera pandemia global*. Obtenido de [https://historia.nationalgeographic.com.es/a/gripe-espanola-primera-pandemia-global\\_12836](https://historia.nationalgeographic.com.es/a/gripe-espanola-primera-pandemia-global_12836)
- SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL. (13 de Septiembre de 2020). *Reporte diario Coronavirus en el Atlántico*. Obtenido de <https://www.atlantico.gov.co/index.php/reporte-covid-19/14197-reporte13-09-2020>
- Serena Berello. (27 de 05 de 2020). *Estudios indican mayor ansiedad, depresión y estrés en personal médico que combate la pandemia*. Obtenido de <https://businessinsider.mx/estres-ansiedad-personal-medico-coronavirus-salud-mental/>
- Sociedad española de psiquiatría. (2020). *CUIDANDO LA SALUD MENTAL DEL PERSONAL SANITARIO*. Obtenido de <http://www.sepsiq.org/file/InformacionSM/SEP%20COVID19-Salud%20Mental%20personal%20sanitario.pdf>
- Solano, J. (11 de Junio de 2020). *Ocupación en Barranquilla de camas UCI alcanzó un 65%*. Obtenido de Heraldo: <https://www.elheraldo.co/atlantico/ocupacion-en-barranquilla-de-camas-uci-alcanzo-un-65-733545>
- Spielberger, C. D. (1999). Cuestionario de Ansiedad estado-rasgo. STAI". MADRID .
- Stefanie M. Jungmann, M. W. (2020). Ansiedad de salud, cibercondria y afrontamiento en la actual pandemia de COVID-19: ¿Qué factores están relacionados con la ansiedad por coronavirus? *Revista de trastornos de ansiedad*.
- Tricas, D. L. (2014). *CRONOLOGÍA DE LOS BROTES INFECCIOSOS POR EL VIRUS ÉBOLA*. Obtenido de <http://www.info-farmacia.com/microbiologia/cronologia-de-los-brotes-infecciosos-del-virus-ebola>
- Watson, J. (1913). *La psicología tal como la ve el conductista*. New York.
- Yeen Huang, N. Z. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional. *Psychiatry Research* , 21.